Rok XLIV. Kraków 15 Lipca 1905. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O bolu międzymiesiączkowym.

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Cierpienie, zwane bolem międzymiesiączkowym (*Mittelschmerz*, *douleurs intermenstruelles*, *intermenstrual pain*, *dolor intermenstrualis*) nie jest jednostką chorobową, podobnie jak nią nie jest ból miesiączkowy (*dysmenorrhoea*). Jest to objaw, względnie szereg objawów, stwarzający pewien obraz chorobowy, który nie różni się w samej istocie i treści od zwykłych objawów innych cierpień narządów kobiecych. Cechą zasadniczą i jedyną, która mu nadaje piętno odrębnego obrazu chorobowego, jest czas, w którym się pojawia. Na cierpienie to, o ile ono jest rozwinięte w całej pełni, składają się trzy objawy: ból, upławy i krwawienia, a więc te same objawy, które towarzyszą różnym cierpieniom kobiecym. Uderzającem jest, jak powiedziałem, to, że zjawiają się one w czasie niezwykłym. I tak zauważyć możemy, że niektóre kobiety żalą się na napadowo występujące bole w dolnej części brzucha, pojawiające się stale w środku między miesiączkami, a więc mniej więcej na 14 dni przed rozpoczęciem miesiączki. Bole te występują co miesiąc, zwykle nadzwyczaj punktualnie i z tem samem nasileniem i powtarzają się uporczywie przez całe lata. Trwają one rozmaicie długo, najczęściej 1 do 2 dni, czasem jednak znacznie dłużej, bo nawet do rozpoczęcia miesiączki. Jakość i siedzibę tego bolu opisują nasze chore rozmaicie; najczęściej odczuwają one w dolnej części brzucha i nad pachwinami ból tępy, gniotący, stały, jednostajny. U niektórych chorych bole występują napadowo, przyczem napady przedzielone są od siebie okresami względnie niebolesnymi. Czasem jeden bok (częściej lewy) jest boleśniejszy, rzadziej zajmuje ten ból i okolicę krzyżów. Nasilenie jego bywa bardzo rozmaite. Niektóre chore doznają zaledwie uczucia jakiegoś niemiłego ciążenia w dolnej części brzucha i oddają się przytem zwykłym domowym zajęciom; inne są wprost ciężko chore, leżą bez ruchu, niezdolne do jakiejkolwiek pracy, a na twarzy ich widnieje obraz gwałtownego cierpienia. O ile można się od chorych tych dowiedzieć, ból ten występuje nagle, bez zwiastunów, i szybko dochodzi do szczytu; równie szybko ustępuje po dłuższem lub krótszem trwaniu. Dotykanie i przygniatanie dolnej części brzucha nie zwiększa bolu, przynajmniej w przeważnej liczbie przypadków; podobnie i chodzenie nie pogarsza stanu. Niektórzy autorowie twierdzą, że ból ten ma cechę bolów miesiączkowych. Z zapatrywaniem tem, przynajmniej odnośnie do większości przypadków, nie mogę się zgodzić. Znam chore bardzo rozumne, które stanowczo utrzymują, że ból ten jest zupełnie inny od bolu miesiączkowego i że różnica ta nie leży w natężeniu, tylko właśnie w jakości i siedzibie bolu. Zresztą i bole miesiączkowe miewają różne cechy.

U większości chorych zjawia się równocześnie z bolem odpływ z części płciowych. Bywa on zwykle wodnisty, bezbarwny, czasem atoli przybiera barwę różową, lub mieści w sobie żyłki krwi. Nierzadko pojawia się wprost krew tak, jak podczas miesiączki, tylko w mniejszej ilości Pochodzi stąd ludowa nazwa tego cierpienia w Niemczech: *Die kleine Periode* (Hegar i Kaltenbach).

Odpływ z części płciowych towarzyszy zwykle bolom i trwa w przeważnej liczbie przypadków tak długo, jak i one; może jednak wystąpić bez bolów i być wówczas jedynym objawem cierpienia tak, jak z drugiej strony bole pojawiać się mogą bez towarzyszących upławów. Jeżeli chora cierpi na stałe upławy, to wówczas wśród bolu międzymiesiączkowego stają się one obfitsze i więcej wodniste, lub zabarwiają się krwawo; utrzymują się one naturalnie wówczas i po przejściu bolu. W nielicznych przypadkach może się utrzymywać odpływ różowy lub krwawy dłuższy czas po ustaniu bolu; trwać on może nawet, jak twierdzi Bouilly, aż do rozpoczęcia miesiączki.

Choroba przedstawia zwykle u jednej i tej samej chorej typ bardzo jasny i stanowczy i ten sam zbiór objawów, zwykle z tem samem nasileniem powtarza się miesiąc w miesiąc bez względu na zmieniające się warunki, w jakich chora się znajduje i niestety, często i bez względu na leczenie. Tylko w bardzo nielicznych przypadkach spostrzegamy pewne zboczenia od typu. Nawroty choroby bywają wówczas do siebie niepodobne, różnią się od siebie nasileniem objawów, długością trwania, a czasem mija nawet kilka miesięcy bez nawrotu, mimo, że nie stosowano żadnego leczenia. Zdarzają się też czasem niezwykłe postacie chorobowe. I tak: u jednej z moich chorych występują od blizko dwóch lat miesiąc w miesiąc dwa napady: pierwszy trwa dwa dni i pojawia się 14 dni przed rozpoczęciem miesiączki, drugi występuje 7 dni przed miesiączką i trwa zwykle aż do jej wystąpienia.

Cierpienie, o którem mowa, nie jest częstem Na 2350 chorych przychodnich zgłosiło się do mnie 12 z bolami międzymiesiączkowemi. Były to, co prawda, przypadki wybitne o sporem nasileniu objawów. Należy przypuszczać, że przypadki o przebiegu lekkim są daleko częstsze.

Patogeneza tego cierpienia jest dotychczas mimo licznych hipotez, zgoła ciemną, a co za tem idzie, i leczenie nie może się poszczycić dodatnimi wynikami. Przyznał to w zeszłorocznym wykładzie o bolach miesiączkowych Olshausen, a tego samego dowodzą liczne, najczęściej jednak czysto objawowe sposoby leczenia.

Chcąc rzucić nieco światła w tę ciemną dziedzinę naszej wiedzy, zastanowić się trzeba nasamprzód nad tem, co

chore nasze o sobie mówią i co u nich wybadać możemy. Prócz moich 12 przypadków zużytkuję tu 25, zebranych w pracy Fassina. Żałuję, że nie mogłem tu zużytkować pracy Malcolma Storera, której mimo starań nie otrzymałem i nie czytałem. Naprzód wiek. Z 35 chorych, których wiek znamy, 22 było między 25 a 35 rokiem życia, 6 poniżej 25, a 7 powyżej 35 lat; jednem słowem ogromna większość chorych znajdowała się w latach, w których najwięcej widujemy chorób kobiecych, zwłaszcza zawdzięczających swoje powstanie porodom lub poronieniom. Ważniejsze jest pytanie, czy chore te rodziły? Otóż z liczby 37 odrzucić musimy 4 niezamężne i 11 takich, o których z powodu niedokładnych opisów nie wiemy, czy rodziły. Z pozostałych 22 osób, ośm nie rodziło i nie roniło, 6 przebyło jeden poród, 5 dwa, dwie trzy, a jedna cztery porody. Uderza tu duża liczba tych, które nie rodziły wcale, a wogóle mała płodność pozostałych. Chcąc odpowiedzieć na pytanie, czy cierpienie to powoduje niepłodność, względnie czy jest z niepłodnością w jakimkolwiek związku, nie możemy się zadowolnić temi liczbami, tylko powinniśmy się starać rozstrzygnąć pytanie, czy i te osoby, które rodziły, nie były w następstwie porodów niepłodne. Zapytajmyż więc naprzód, ile lat upłynęło u tych osób od ostatniego porodu aż do chwili, w której zgłosiły się do lekarza. Opisy choroby dostarczają nam na to odpowiedzi w 13 przypadkach. Brzmi ona: Od ostatniego porodu upłynęło u 1 chorej — $1^1/_2$ roku, u 1 ch. — 2 lata, u 2 ch. — 3 lata, u 1 ch. — 4, u 3 ch. — 6 lat, u 2 — 7 l, u 1 ch. — 8 l., u 2 ch. — 10 lat. Stwierdzić więc możemy, że u przeważnej liczby naszych chorych upłynął długi czas od ostatniego porodu, co każe nam się domyślać, że mamy tu do czynienia z przypadkami t. zw. poporodowej niepłodności. Uwzględnić przytem musimy, że były to przeważnie osoby mające mało dzieci, nieużywające więc zapewne sztucznych sposobów przeciw zapłodnieniu. Tylko dwie moje chore przyznały się do tego. Nie wyklucza to naturalnie ich niepłodności; możliwem jest, że zadawały sobie ten trud niepotrzebnie.

Kiedy u chorych tych rozpoczęły się napady bolu międzymiesiączkowego? Co do tego mamy wiadomości o 13 chorych, które przebyły porody. U jednej tylko bole zaczęły się 3—4 lat przed zamążpójściem, u pozostałych 12-tu cierpienie rozpoczęło się po ostatnim porodzie, i to u dwóch w rok po porodzie, u pięciu zaraz po porodzie, u pozostałych zaś nie znamy dokładnie czasu pierwszego napadu. Wiadomość ta jest ważna, gdyż pozwala nam stwierdzić, że u ogromnie przeważającej liczby chorych, które rodziły, cierpienie wystąpiło po porodzie razem z poporodową niepłodnością. Nie chcę tu bynajmniej przesądzać, co było pierwotnem, co następowem — w każdym razie jednak ból międzymiesiączkowy skojarzył się tu z poporodową niepłodnością.

Nasuwa się naturalnie myśl, że osoby te przebyły po ostatnim porodzie jakąś chorobę połogową, która pozostawiła po sobie niepłodność i bole międzymiesiączkowe. Tymczasem tylko jedna chora Priestleya opowiada o zapaleniu otrzewnej po ostatnim porodzie; w opisach pozostałych 12 chorych nie znajdujemy żadnej o tem wzmianki, niektóre nawet przeciwnie podają, że były w połogu zdrowe. Nie wyklucza to naturalnie choroby połogowej o lekkim przebiegu.

Również i te chore, które nie rodziły i nie roniły, nie wspominają zgoła o przebytych zapaleniach w okolicy macicy. Nie bez znaczenia jest pytanie, czy u tych chorych, które nie rodziły, bole międzymiesiączkowe zaczęły się równocześnie z pierwszą miesiączką. Otóż co do tego zdołałem zebrać zapiski, odnoszące się do 13 chorych. Tylko u jednej chorej (Pauly) ból międzymiesiączkowy rozpoczął się razem z miesiączką, co prawda późno, bo w 20 roku życia; u 11-tu rozpoczęły się bole znacznie później, niż miesiączka (3 do 13 lat później), u jednej wreszcie chorej Crooma miała się rozpocząć choroba 2 lata przed pojawieniem się pierwszej miesiączki. Co do tego przypadku można mieć naturalnie wątpliwości, czy to wogóle były bole międzymiesiączkowe, czy tylko „*molimina ad menstruationem*“. W każdym razie zestawienie powyższe dowodzi, że choroba, o której mowa, zaczyna się zwykle znacznie później, niż miesiączkowanie.

Czy u chorych, cierpiących na bole międzymiesiączkowe, jest i miesiączkowanie bolesne, czy cierpią one na t. zw. „*dysmenorrhoea?*“ Z zestawień moich wynika, że u większości chorych tak jest w istocie, choć znaczny jest odsetek takich, które wyraźnie zaznaczają, że w okresie peryodu nie doznają żadnych dolegliwości. Co do innych cech miesiączki, mianowicie jej obfitości, to nie można wykryć żadnego prawidła. Z 23 chorych, 9 — podało, że ma miesiączkę co do ilości krwi zupełnie prawidłową, 10 żaliło się na wielkie utraty krwi, u czterech zaś odpływ był krótki i skąpy. U dwóch przezemnie leczonych osób odchodziły podczas miesiączki strzępy błony śluzowej (*dysmenorrhoea membranacea*).

Ciekawy szczegół podaje Priestley. Leczona przez niego osoba miała miesiączkę skąpą, krótką, ale zupełnie niebolesną, natomiast wyraźne napady bolu międzymiesiączkowego. Chora ta nie miesiączkowała przez pewien czas wcale i wówczas ból międzymiesiączkowy był znacznie silniejszy.

Co do upławów, nie można również powiedzieć nic stanowczego. Mniej więcej połowa chorych cierpiała na upławy, niezależne od napadu bolu międzymiesiączkowego. U kilku pojawiały się obfite wodniste odpływy tylko bezpośrednio przed miesiączką.

Ważniejsze od wywiadów są wiadomości, dotyczące anatomicznego stanu części płciowych osób, dotkniętych bolem międzymiesiączkowym.

I tu niestety nie mamy spostrzeżeń ścisłych, dokładnych, niewątpliwych, — gdyż chodzi tu przeważnie o chore przychodnie. Rozstrzygnąć musimy przedewszystkiem pytanie zasadnicze: czy u chorych tych znajdujemy wogóle jakiekolwiek zmiany przedmiotowe? Rzecz to ważna, gdyż Olshausen wypowiedział w ubiegłym roku zdanie, że u osób, cierpiących na bole międzymiesiączkowe „brak najczęściej wszelkich przedmiotowych zmian chorobowych“ („Meistens fehlt jeder objective pathologische Befund“), stanął więc w sprzeczności z zapatrywaniem Priestleya, który twierdzi, że chore te okazują prawie bez wyjątku chorobowe zmiany w częściach płciowych. Na podstawie własnych spostrzeżeń przychylić się muszą do tego ostatniego zapatrywania. Z dwunastu chorych, które zgłosiły się do mnie z powodu bolów międzymiesiączkowych, jedenaście okazywało wyraźne zmiany w częściach płciowych, a z 17 chorych, przytoczonych przez Fassinę, piętnaście miało części rodne schorzałe. Stwierdzenie tego jest rzeczą ważną i nie jest napewne przypadkowym zbiegiem okoliczności. Nasuwa się myśl, że i u tych trzech osób (zbieram tu razem przypadki

Fassiny i moje w liczbie 29) mogły być zmiany chorobowe, których przy jednorazowem badaniu nie odkryto i na tej podstawie byłbym skłonny do przyjęcia, że niema bolów międzymiesiączkowych przy zupełnie zdrowych częściach płciowych.

A teraz z kolei przyjdzie nam zastanowić się nad tem, jakie to były zmiany chorobowe?

W ocenianiu tych zmian postępować musimy bardzo ostrożnie, chcąc wprowadzić w związek przyczynowy anatomiczny stan części płciowych z objawami bolu międzymiesiączkowego. Łatwo przewidzieć, że u jednej lub drugiej chorej znajdziemy zmiany, nie pozostające w żadnym bezpośrednim związku z zajmującem nas tu cierpieniem. Z całego więc szeregu zmian przedmiotowych wyszukać musimy te, które się u naszych chorych powtarzają najczęściej i w których, bez narażenia logiki rozpoznawczej na szwank, można szukać przyczyny bolów międzymiesiączkowych.

Oprzeć się tu zamierzam przedewszystkiem na spostrzeżeniach własnych, zaznaczając, że są one w głównych cechach zgodne z zapiskami, przytoczonymi przez Fassinę. Otóż, jak wspomniałem, z 12 moich chorych jedna tylko miała prawidłowe części płciowe. Z pozostałych 11, tylko u jednej znalazłem macicę prawidłowo wielką, reszta (t. j. 10) okazywała wyraźne powiększenie macicy. Nadmienić muszę, że tę jedyną chorą, stanowiącą wyjątek, badałem tylko raz i to w niekorzystnych warunkach tak, że nie mogę uważać wyniku badania za zupełnie pewny.

Jaką była przyczyna powiększenia macicy u moich 10 chorych? Odrazu zaznaczyć muszę, że żadna z nich nie okazywała objawów cierpienia zapalnego (*metritis chronica*), jakie pozostawia po sobie zakażenie połogowe lub rzeżączkowe.

Tak przedmiotowy obraz, jak i przebieg choroby, sprzeciwiał się rozpoznaniu przewlekłego zapalenia macicy. Żadna z nich nie wspomina w wywiadach o przebyciu zapalnego cierpienia po porodzie lub poronieniu, u żadnej przeszłość chorobowa nie przemawia za rozpoznaniem zakażenia rzeżączkowego, żadna nie cierpi na nawroty ostrego zapalnego zadrażnienia otrzewnej.

Richelot w znakomitej swojej książce (*Chirurgie de l'utérus*, 1902) stworzył nowy rozdział, który nazwał: „*congestion et sclérose*". Przedstawił w nim nowy typ chorobowy, polegający na przeroście macicy bez udziału jakiegokolwiek zakażenia lub zapalenia, typ niezmiernie częsty, a mimo to prawie nieznany.

Z wyjątkiem prac Dolerisa, Petita, Brioudea i A. Siredeya, nie zajmowano się tem cierpieniem.

Z uderzającą bystrością i w sposób przekonywający szkicuje Richelot różnice między tem cierpieniem a przewlekłem zapaleniem macicy, za które dotąd chorobę tę powszechnie się uważa. Wykazuje on, że ta „*congestion et sclérose*" jest blisko spokrewniona z włókniakami, że więc ma w sobie raczej coś z nowotworu, niż ze sprawy zapalnej.

Przeczytawszy dzieło Richelota, zwracałem baczną uwagę na podane przez niego cechy rozpoznawcze i nabrałem przekonania, że stworzony przez niego obraz chorobowy — uchwycony został genialnie i jest rzeczywiście bardzo częstym Nie tu czas i miejsce na rozwodzenie się nad tą dla ginekologii niezmiernie ważną, wprost epokową sprawą; wspominam o niej tylko dla tego, ażeby módz zaznaczyć, że moje chore okazywały właśnie ową Richelotowską „*congestion et sclérose*", czyli przekrwienie i przerost macicy bez objawów zapalenia. Jedna z nich miała nadto nieliczne śródmiąższowe włókniaki.

Również i dwie chore, opisane przez Addinsela, i jedna Holliday Crooma cierpiały na włókniaki.

Powiększenie macicy u moich chorych pochodziło więc z rozlanego chorobowego przerostu macicy, lub jak u jednej chorej z miejscowego, ogniskowego przerostu, t. j. włókniaków.

Przejdźmy do przydatków macicznych. U żadnej z moich chorych nie znalazłem guzów trąbkowych, wypełnionych płynem (*sactosalpinx*), u żadnej nie znalazłem wypociny. Tylko u jednej wybadałem zrosty koło jajnika prawego. Mimo to u większości moich chorych przydatki nie były prawidłowe, a nieprawidłowości odnosiły się głównie do jajników. Polegały one w części na nadmiernej tkliwości jajników zresztą prawidłowych, w części zaś na powiększeniu ich i obniżeniu. Wogóle badanie przydatków było trudne z powodu bolesności podobnej do tej, jaką spotykamy u niektórych kobiet bezpośrednio przed miesiączką. Nieprawidłowości te spostrzegałem u 10 chorych; tylko u dwóch nie było ich wcale.

Ten stan przydatków macicznych utwierdza mnie w przekonaniu, że powiększenie macicy nie było u chorych moich następstwem przebytego zapalenia. Powiększenie i tkliwość jajników odpowiada sklerozie ze zwyrodnieniem drobnotorbielkowem, a zmiana ta, zdaniem Richelota, towarzyszy stale chorobowym przerostom macicy. („*L'utérus scléreux est toujours accompagné d'ovaires scléreux*").

Są to bezwątpienia te same zmiany, które opisał Bulius w jajnikach osób, mających włókniaki macicy, a więc cierpienie, spokrewnione z ogólnym chorobowym przerostem macicy.

Podobnie jak zmiany maciczne nie miały u chorych naszych cech zapalenia (*metritis*) tak i te zmiany w przydatkach nie odpowiadały temu, co nazywamy zapaleniem jajnika (*oophoritis chronica*).

Prócz tych zmian znajdowałem u niektórych chorych zboczenia inne, najprawdopodobniej czysto przypadkowe, nie mające z bolem międzymiesiączkowym żadnego związku przyczynowego.

I tak u jednej chorej macica była zgięta w tył, u jednej obniżona. U dwóch chorych była świeża nieżytowa nadżerka koło ujścia zewnętrznego, u jednej zmiany po dawnym nieżycie szyi. Zmiany te chorobowe spotykamy wogóle tak często, że nie zadziwia nas, iż znalazły się przypadkowo i u naszych chorych; wszak chorobowy przerost macicy i bole międzymiesiączkowe nie chronią przed nieżytem szyi lub zmianą w położeniu macicy.

Na osobne uwzględnienie zasługuje zmiana chorobowa, którą znalazłem u p. G. L. 34-letniej wieloródki. W obu więzach szerokich wymacać mogłem miękkie, niebolesne, pod uciskiem znikające opory, które uważać musiałem za żylakowate rozdęcie żył. Chora ta miała nadto krwawnicę i żylaki na udach i podudziach. Takie zmiany w żyłach przymacicza (*parametrium*) widziałem kilka razy po otwarciu jamy brusznej u chorych z włókniakami macicznymi. Czy u chorej mojej G. L. były one w związku z rozlanym chorobowym przerostem macicy, nie chcę rozstrzygać, uważam to jednak za możliwe. (Dok. nast.).

II. Z kliniki chirurgicznej Uniw. Jag. Prof. Kadera.

O zachowaniu się morfologicznych składników krwi w przebiegu bezgnilnego gojenia się ran czystych.

Podał

Dr. Mieczysław Staszewski.

(Praca częściowo wygłoszona na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1902).

(Ciąg dalszy).

Trudno jest rozstrzygnąć, który z czynników, mogących wpływać podniecająco na zwiększenie się leukocytozy, wywiera wpływ najsilniejszy. Czas trwania operacyi, obfitość krwawienia i rodzaj zastosowanego znieczulenia są to czynniki, które działały zawsze jednocześnie w tych wszystkich przypadkach, gdzie występowała bardziej wzmożona leukocytoza. Sądzę jednak, że udało mi się znaleźć dowody wpływu niektórych z tych czynników na leukocytozę.

Uderza nas przedewszystkiem nieraz b. znaczne powiększenie się liczby białych ciałek we krwi po operacyi w przypadkach zabiegów bardzo nieskomplikowanych, które się udało przeprowadzić z minimalną utratą krwi w warunkach najzupełniej aseptycznie przeprowadzonej operacyi i aseptycznego przebiegu pooperacyjnego. — (Tabl. I—XII).

Z rzędu czynników, mogących mieć wpływ na powstanie leukocytozy, wykluczamy w przypadkach tych zakażenie i wpływ pooperacyjnych krwiaków. — To ostatnie dlatego, że były to operacye, pozwalające na dokładne zoryentowanie się w stosunkach anatomicznych i z tego powodu na bardzo dokładne zatamowanie krwi. Pozostaje więc znieczulenie i sam zabieg operacyjny, uraz mechaniczny jako taki.

Co do znieczulenia, to na podstawie 3 przypadków (tabl. f, g), w których zabieg ograniczał się li tylko do uśpienia chorych chloroformem, operacyi zaś żadnej nie wykonano, — tabl. IX, X — muszę wykluczyć wpływ chloroformu na zwiększenie liczby białych ciałek. W przypadkach tych w 2 godz. po dokonaniu uśpienia, — to znaczy w czasie, kiedy w przypadkach takiego samego znieczulenia, związanego z dokonaniem zabiegu operacyjnego, znajdowałem największą leukocytozę, — liczba ciałek białych nietylko się nie zwiększyła, ale spadła w 3 godz. w pierwszym z liczby 18.00, wykazanej przed uśpieniem, do 13.700; w drugim — stosunki okazały się podobne, a mianowicie w przypadku *H. I.* (tabl. X) przed uśpieniem ciał. białych 11 000; w ciągu 45 minut trwającego uśpienia zużyto 40 grm. chloroformu, uśpienie głębokie; badanie krwi we 2 godz. wykazuje liczby ciał białych 9.400, w 7 godz. 7.600, we 24 godz. 8.000. W trzecim przypadku (tabl. IX) *S. M.*, liczba ciał. biał. przed uśpieniem 6.200, — uśpienie trwało 1 godzinę, podczas którego zużyto 45 grm. chloroformu; we 2 godz. 8.000, w 7 godz. 6.400, w 24 godz. 8.000.

Rzecz się ma jednak inaczej z dwoma innymi czynnikami, t. j. tropakokainą i zabiegiem chirurgicznym jako takim. W dwóch przypadkach użyliśmy znieczulenia tropakokainowego, bez wykonania jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego. Badanie krwi dało następujące wyniki:

W pierwszym przypadku *j)* — *hydrocele* — przed znieczuleniem liczba ciał. biał. 6.600; wstrzyknięto 0.07 tropakokainy. Badanie krwi po 2 godzinach wykazuje liczbę ciał. biał. 6.800; w 7 godz. 12.600, w 24 godz. 13.200 i dopiero po 48 godz. stosunki wróciły do stanu przedoperacyjnego.

W drugim przyp. *h)* — *hernia inguinalis* przed wstrzyknięciem tropakokainy ilość ciał. biał. 5.200; — wstrzyknięto 0.08 tropakokainy; we 3 godz. potem białe ciał. wynosiły 7.000; w 7 godz. 12 000; we 24 godz. 11.400; w 48 godz. 11.200; w 72 godz, 12.200; w 96 godz. 5.400.

W danym więc przypadku powrót do stanu przedoperacyjnego dokonał się w 5 dób.

Wobec faktu tego musimy przyznać tropakokainie własności chemotaktyczne i pewną część pooperacyjnej leukocytozy należy jej wpływowi przypisać, naturalnie tylko tam, gdzie ona była użyta. Doświadczenia w celu kontroli składników krwi przeprowadziłem na 2 osobnikach, robiąc wstrzykiwania rdzeniowe z wyjałowionej wody przekroplonej, w ilości odpowiadającej używanej u nas ilości roczczynu tropakokainy, t. j. 4 cm³.

Otrzymałem wyniki następujące:

1) *M. F.* l, 22. L. Cz.. 904/5. *Coxitis dextra sanata.* D. 25/V na czczo rano wykazano c. białych 4.800 c. w 1 mm³, c. czerwonych 3 200 000. Dokonano wstrzyknięcia 4 cm³ wody przekroplonej, wyjałowionej — We 2 godz. po wstrzyknięciu znaleziono c. białych 5·800, c. czerwonych 3.600.000; w 7 godz., t. j. wieczorem, c. białych 6 000, c. czerw. 3·500.000. D. 26/V, a więc we 24 godz.: rano na czczo c. białych 5.000, c. czerw. 4·648.000.

2) *H. M.* l. 35. — L. dz. 904/V. *Hernia abdomin.* D. 25/5 rano na czczo c. białych 8·600, c. cz. 4·400·000; we 2 godz. c. b. 6·000, c. cz. 3 900.000; w 7 godz., t. j. wieczorem, c. b. 14200, c. cz. 3·200.000. D. 26/5, t. j. we 24 godz. chorą badano na czczo z rana — miała 9·800 c. białych w 1 mm³.

Spostrzeżenia te dowodzą niezbicie, że wstrzyknięcie samej wody przekroplonej, wyjałowionej, w ilości 4 cm³ nie sprowadza hiperleukocytozy, a naodwrót wywołuje tylko przemijającą, pojawiającą się we 2 godz po zabiegu — hypoleukocytozę. Zwiększenie liczby c. białych, spostrzegane po upływie 7 godz., stanowi objaw fizyologiczny, t. zn. leukocytozę trawienną, albowiem obie chore po dokonaniu pierwszego badania nie były poddane żadnemu ograniczeniu w jedzeniu.

Najsilniejszym czynnikiem, wywołującym leukocytozę, jest sam zabieg operacyjny, jako taki. Do uzasadnienia tego twierdzenia posiadamy liczne dowody, które się dają ująć w 3 następujące kategorye: 1) wyniki badania hematologicznego przypadków, operowanych w znieczuleniu miejscowem; 2) wyniki badania hematologicznego przypadków, operowanych w znieczuleniu chloroformowem i 3) przypadki, operowane w znieczuleniu tropakokainą. Do pierwszej kategoryi należy przypadek *W. W.* — *Hydrocele dextr.* (patrz Tabl. *k*), operowany w znieczuleniu miejscowem chlorkiem etylu.

Badanie krwi przed operacyą wykazało liczbę ciałek białych 7400; w 2 godz. po operacyi liczba ta podniosła się do 11,200, a w 7 godz. do 11,600; we 24 godz. do 10,600, w 48 godz. powrót do stanu prawidłowego; liczba ciałek białych wynosiła 6800 i mniej więcej na tym poziomie utrzymywała się w ciągu 3 dni następnych, wykazując kolejno następujące ilości ciałek białych: 7800, 6600, 8600. Nie byłem w stanie tej kategoryi przypadków uzupełnić większą liczbą spostrzeżeń. Sądzę jednak, że w szeregu innych dowodów, które niżej przytoczę, nawet jedno spostrzeżenie, szczegółowo przeprowadzone, w znieczuleniu, przy

którem żadna obca substancya nie dostaje się do ustroju, stanowi poważny dowód na korzyść twierdzenia, że sam zabieg operacyjny jako taki wywołuje w operowanym ustroju zwiększenie liczby ciałek białych, nawet wówczas, kiedy

Tablica *k*.

L. dc. 86/904/5. *W. W.*, l. 36. wyrobnik. — *Hydrocele dext. major. gradus.*

Data	% hemoglob.	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Tętno	Ciepłota
Przed operacyą:					
X/II na czczo	110	3,600.000	7.400	64	36·2
15/II. *Operatio modo Winkelmann* w znieczuleniu miejscowem zapomocą chlorku etylu Cięcie skórne bezbolesne; dalszy przebieg operacyi bolesny.					
Po operacyi:					
w 2 godziny	105	5,600,000	11,200	—	—
w 7 godzin	90	4,000,000	11,600	60	36·8
16/II	90	5,464,000	10,600	72	37 / 37·4
29/II	88	4,050,000	6,800	64	37·4 / 37·2

Przebieg pooperacyjny z lekko podniesioną ciepłotą Zmiana opatrunku dnia 20/II wykazuje silny krwiak w worku mosznowym, szwy czyste.

się ogranicza do rozmiarów minimalnych. Chlorkowi etylu oddawałem pierwszeństwo przed innymi sposobami miejscowego znieczulenia, albowiem zastrzyknięcie podskórne tego lub innego środka wikłałoby ponownie doświadczenie, które, ze względu na otrzymanie rozstrzygającej odpowiedzi, chciałem przeprowadzić w warunkach jak najprostszych.

Co do przypadków, operowanych w uśpieniu chloroformowem, to, jak już wyżej zaznaczyłem, chloroform sam przez się leukocytozy nie wywołuje; owszem, spostrzegałem nawet spadek liczby ciałek białych po chloroformie. Jeżeli więc uwzględnimy, że we wszystkich przypadkach, operowanych pod chloroformem, spostrzegałem leukocytozę, a nieraz nawet bardzo wybitną, to fakt ten wytłómaczyć będziemy mogli tylko w ten sposób, że zwiększenie liczby ciałek białych wywołane zostało samym zabiegiem operacyjnym, dzięki czemu nietylko został pokryty ubytek liczby ciałek białych, mogący się zdarzyć po chloroformie, ale jeszcze okazała się znaczna jej nadwyżka w porównaniu ze stanem przedoperacyjnym.

H. J. Tabl X. — *Hernia inguin dextr.* — Przed uśpieniem chloroformem ciałek białych 11,000, w 2 godz. 9,400, w 7 godz. 7.600, w 24 godz. 8.000. Ten sam przypadek przed operacyą w znieczuleniu chloroformowem: *c.* biał. 8,000, w 3 godz. po operacyi 14,000, we 24 godz. 14.800.

S. M. Tabl. IX. — *Struma parenchym.* Przed uśpieniem chloroformem ciałek białych 6,200, w 2 godz. 8.000, w 7 godz. 6.400, w 24 godz. 8,000. Ten sam przypadek przed operacyą w uśpieniu chloroform. ciałek biał 8,000, w 1$^1/_2$ godz. po operacyi 10,400, we 24 godz. 22,800.

Największą jednak leukocytozę spostrzegałem w przypadkach, operowanych w znieczuleniu tropakokainą. Wynika to z sumowania się wpływu na leukocytozę wstrzyknięcia tropakokainy i samego zabiegu operacyjnego jako takiego.

N. p. w przypadku *G. P. Hernia inguin.*, jak to ilustruje tabliczka poniżej umieszczona: leukocytoza po samej tropakokainie wyniosła z 5200 przed operacyą, 7000 w trzy godziny po wstrzyknięciu samej tropakokainy i 22.600 po wstrzyknięciu tropakokainy i wykonaniu zabiegu operacyjnego; 11,400 na 24 godzin po samem wstrzyknięciu tropakokainy, a 21,000 po operacyi w znieczuleniu tropakokainą.

L. dz. 114/904/5. *G. P.*, l. 26 *Hernia inguin. dext. obl.*

Data	% hemoglob.	Liczba ciałek czerwonych	Liczba ciałek białych	Tętno	Ciepłota
Przed wstrzyknięciem tropakokainy na czczo:					
24/V	98	5,450.000	5.200	80	36
24/II wstrzyknięto 0·08 tropakokainy w rozczynie 2% w ilości 4 cm.³ rozczynu wodnego.					
Po wstrzyknięciu 0·08 tropakokainy:					
w 3 godziny	98	5,600.000	7,000	72	36
w 7 godzin	96	5 200,000	12.000	—	36 / 36
25/II na czczo	95	4,296,000	11,400	64	36·2 / 36
26/II na czczo	98	3.896.000	11,200	64	36·2 / 37
1/III. Operacya doszczętna sposobem Bassiniego w znieczuleniu lędźw. 0·08 tropakokainy.					
w 3 godz. po operacyi	98	4,766.400	22,600	80	37·2
w 6 godz. po operacyi	90	4,500.000	22,000	—	35 2 / 37·2
2/III	110	4,500,000	21,000	—	36·8

Przychodzimy więc do przekonania, że w przypadkach zabiegu operacyjnego, dokonanego zupełnie aseptycznie o przebiegu pooperacyjnym również aseptycznym, leukocytozę wywołał sam zabieg operacyjny jako taki.

Leukocytozę tę o typie wyżej opisanym nazwał prof. Kader leukocytozą ran aseptycznych, albo w skróceniu aseptyczną leukocytozą. Który właściwie z czynników, składających się na całość, ujętą w nazwę — zabieg operacyjny, powoduje powstawanie leukocytozy, niepodobna obecnie rozstrzygnąć. Wchodzi tu w grę uraz tkanek przyoperacyjny, wessanie pierwiastków tkanek obumierających pod wpływem zaburzeń w krwiobiegu, wywołanych przecięciem dużej liczby naczyń lub też ucisku, wywołanego podwiązkami albo szwami, w końcu towarzyszący każdemu zabiegowi operacyjnemu wstrząs.

Nadmieniam jednak, że z prac niektórych autorów (Maclean) wynika, że wstrząs nerwowy sam przez się nie jest w stanie wywołać znaczniejszych zmian w morfologicznych składnikach krwi.

Operacyjna fizyologiczna leukocytoza nie jest prawdopodobnie identyczną z leukocytozą, powstającą wskutek zakażenia rany operacyjnej.

Leukocytoza ta nazwaną została przez prof. Kadera leukocytozą ran septycznych względnie w skróce

niu septyczną leukocytozą; trwa ona dłużej, niż fizyologiczna i jej największe natężenie leży poza tym czasem, w którym fizyologiczna dosięga swego *maximum.* Mogłem to z bezwzględną pewnością stwierdzić w przypadkach, gdzie zakażenie nastąpiło w czasie operacyi samej, t. j. w czasie działania przyczyn, powodujących fizyologiczną leukocytozę.

Skądinąd wiemy jednak, że każda rana i każda operacya, przeprowadzona wśród warunków najbardziej aseptycznych, podlega conajmniej zakażeniu drobnoustrojami różnorodnymi z powietrza.

O cechach tej patologicznej leukocytozy operacyjnej będę mówił w następnej pracy.

Co do zależności stopnia leukocytozy od części ustroju, na której operacya była przedsięwziętą, mogłem zauważyć największą po operacyach kostnych i wola, — stosunkowo zaś małą po laparotomiach, wykonanych z powodu różnorodnych chorób (z wyjątkiem operacyi śledziony).

Wreszcie należy podnieść wpływ na leukocytozę dużego krwawienia, różnice, jakie zachodziły w zachowaniu się przy dużych utratach krwi ciałek czerwonych, a ciałek białych. Jak to widzimy z tabliczek *a*, *b*, *c*, powyżej przytoczonych, — w czasie pierwszych godzin po operacyi ciałka czerwone albo pozostawały na poziomie przedoperacyjnym, albo się zmniejszały i zmniejszenie to postępowało, potęgując się w ciągu pierwszych 24—48 godzin.

Zupełnie inaczej rzecz się miała z ciałkami białemi, a mianowicie: pomimo dużej ich utraty współcześnie z utratą ciałek czerwonych, — ilość ich już po upływie 2 godzin znacznie się zwiększała i zwiększenie to trwało w czasie najniższego poziomu ilościowego ciałek czerwonych.

Birnbaum (10), badając krew noworodków i ciężarnych, znajdował po dużych krwotokach leukocytozę do 35,000 z przewagą leukocytów wielojądrzastych i myelocytów. Sądzi on, że już sam ubytek krwi jest dostateczną przyczyną, aby przez podrażnienie, głównie szpiku kostnego i innych narządów krwiotwórczych, wywołać silniejszy dopływ i spotęgowaną wytwórczość ciałek białych. Przy krwotokach dłużej trwających, przewlekłych, spostrzegał zmniejszenie się ilości leukocytów.

Wybitnej zależności stopnia leukocytoz od wieku chorego nie mogłem zauważyć; w przeważnej liczbie przypadków najsilniejszą leukocytozę spotykałem jednak w wieku młodzieńczym; z wzajemnego obliczenia odsetkowego stosunku poszczególnych rodzajów ciałek białych wynika, że najwybitniejsze różnice wykazują ciałka białe o ziarnistości neutrofilnej.

Ilość ich przedoperacyjna, wahająca się w granicach od 56% do 81%, wzrastała po operacyi nieraz aż do 90%, wzmagając się w stosunku do ilości pooperacyjnej od 7% do 35%. Np. przypadek Tabl. A. *Hernia inguinalis* z 56% we 4 godz. po operacyi neutrofile wzrosły do 87%, a we 24 godz. do 91%. Zresztą patrz tablice.

W stosunku odsetkowym przedoperacyjnym wracają neutrofile w porównaniu do ilości innych rodzajów ciałek białych, w przypadkach gojących się przez rychłozrost, nieraz już w trzecim dniu, w większości jednak przypadków dopiero na 4—5 dzień.

Już po zakończeniu badań moich wyszły r. 1904 z druku prace Arnetha (2, 3, 4, 5, 6); są one poświęcone głównie budowie neutrofilów. Główne wyniki jego badań są następujące: Na podstawie 233 badań ułożył on tabelę, w której stosownie do zachowania się jądra, jakoteż ich ilości dzieli leukocyty na pięć klas z różnemi odmianami:

Do I-szej klasy zalicza neutrofile o jednem jądrze okrągłem, t. zw. myelocyty i neutrofile o mało lub głęboko wrębionem jądrze. Do II-giej leukocyty neutrofilne o 2 jądrach, względnie o 2 cząstkach jądra. Do III ciej, do IV-tej o czterech, do V-tej o pięciu lub więcej jądrach.

Autor badał te neutrofile najpierw u osobników zdrowych i znalazł u nich przeważnie neutrofile II i III klasy, a więc o dwóch i o trzech jądrach.

Najmniej znajdowanych ciałek neutrofilnych było w I i V klasie. Zupełnie podobny obraz napotykał on w leukocytozie trawiennej.

Inaczej zaś ma się rzecz w leukocytozie przy sprawach zakaźnych. W tych ostatnich przypadkach znajdował on, że komórki III, IV i V klasy ulegały w walce z procesem zakaźnym i były uzupełnione przez młodsze komórki, należące do I i do II-giej klasy. Autor rozróżnia izo- i anizocytozę; pierwszem mianem nazywa leukocytozę, przy której skład neutrofilów jest taki, jaki jest prawidłowo (II, III, IV klasy); anizocytoza zaś wtedy, gdy stosunek ten się zmienił, t. j. gdy formy, należące do II, III, IV klasy znikają, lub znacznie się zmniejszają ich ilości, a w miejsce ich występują inne I i II klasy. W chorobach zakaźnych znajdował on stale przy leukocytozie anizocytozę, tak samo przy hipocytozie. Jest on zdania, że wobec tego zjawiska musi upaść pojęcie dodatniej i ujemnej „chemotaksis“, gdyż idzie tu o sprawy niszczenia neutrofilów w obiegu krwi; — tylko w tem znaczeniu może być utrzymane pojęcie „chemotaksis“, — które podczas całego czasu trwania sprawy chorobowej pomnażają się, aby potem uledz zniszczeniu. Ten proces niszczenia jest zależny od różnych czynników. Wielkość zmian w składzie neutrofilów nie odpowiada ciężkości samej sprawy chorobowej. O ile się zdaje anizohipocytoza występuje wówczas, gdy w krążącej krwi znajdują się bakterye, podczas gdy anizohipercytoza wtedy, gdy we krwi krążą toksyny.

Tenże autor (3) badał stosunek odsetkowy neutrofilów o różnych jądrach w różnych sprawach zakaźnych ze względu na izo- i anizocytozę.

W przypadku ostrej gruźlicy prosówkowej, zakończonej śmiercią, znalazł on znaczną anizocytozę z hipo-, potem normo- i w końcu hipercytozę. Tu przeważała pierwsza i druga klasa neutrofilów.

O doniosłości spostrzeżeń Arnetha nie można jeszcze nic stanowczego powiedzieć. Uwzględnić ich w pracy mojej już nie mogłem. Sądzę jednak, że odkrywają one pod niektóremi względami nowe pola widzenia i mogą przyczynić się również i do bliższego poznania zmian, zachodzących we krwi pod wpływem zabiegów operacyjnych.

Co do zachowania się ciałek eozynochłonnych, to znikały one zupełnie we wszystkich badanych przezemnie przypadkach już we 2 godziny po operacyi. W przypadkach z przebiegiem zupełnie aseptycznym wracały one do normy bardzo powoli, dopiero na 5—8 dzień po operacyi, — bez wahań.

Wyjątek stanowił przypadek *hernia scrotalis* u dziecka 2-letniego, gdzie po zabiegu operacyjnym i odsetkowo i bez-

Tablica A.

L. dz. 277/901/2. *C. F.*, lat 19. nauczyciel: Rozpoznanie: *Hernia inguin. dextra libera.* Chory dobrze zbudowany. Przyjęty 26/VI 1902.

Data	Ciałka białe	Ciałka czerwone	Stosunek	% hemoglobiny	mikrocyty	makrocyty	poikilocyty	Limfocyty duże %	Limfocyty duże il. bezwg.	Limfocyty małe %	Limfocyty małe il. bezwg.	Limfocyty przejśc. %	Limfocyty przejśc. il. bezwg.	Neutrofile	Eozynofile %	Eozynofile il. bezwg.	Cienie neutrofil.	Cienie eozynofil.	Ciepłota	Tętno
Przed operacyą:																				
—	9,200	5,920.000	1/643·4	78	brak	brak	gdzieniegdzie	29	2668	0	0	13	1196	56	2	184	—	0	36·2	76
27/VI operacya sposobem Bassiniego w znieczuleniu lędźwiowem (0,06 tropakokainy). Krwawienie minimalne. Czas trwania 30 min.																				
27/VI w 4 g. po op.	18,000	6,360.000	1/353·3	78	często	ciałka czerw. jądrz.	b. często	9	1620	0	0	4	420	87	0	0	0	0	36·6	60
28/VI	12,000	6,000.000	1/495·8	85	często	—	b. często	6	720	0	0	1	120	91	0	0	2	0	36	60
29/VI	12,600	7,500.000	1/594·7	85	gdzieniegdzie	—	mało	10	1260	0	0	14	1764	71	2	252	3	0	36·2	72
30/VI	11,800	7,000.000	—	78	—	—	—	15	1770	10	1180	5	590	69	1	118	0	0	36·2	72
1/VII	8,800	7,260.000	1/825	80	często	—	—	22	1936	1	88	6	528	69	0	0	2	0	36·4	64
2/VII	10,000	6,980.000	1/698	87	—	—	—	6	600	0	0	16	1600	41	0	0	37	0	36·2	76
4/VII	10,200	7,280.000	—	88	—	—	—	14	1428	4	408	11	1122	69	3	306	5	0	36	76
5/VII	9.600	6,800.000	—	85	—	—	—	9	288	0	0	5	480	70	0	0	21	1	36·2	76
6/VII	9,700	6,700.000	—	80	dość często	—	brak	12	1164	0	0	5	485	85	0	0	0	0	—	—
7/VII	10,100	7,000.000	—	82	—	—	—	9	909	0	0	4	404	74	2	202	10	0	—	—
8/VII	9.800	7,320.000	1/740	85	—	—	—	14	1372	0	0	12	1176	70	2	196	2	0	—	—

Przebieg pooperaryjny bezgorączkowy, rana zagojona przez rychłozrost.

względnie zwiększyła się ilość eozynofilów z 1% i 162 w 1 mm.³ na 3% i 336 w 1 mm.³ w 24 godz.; 2% i 264 w 1 mm.³ w 48 godz. i 12% i 1440 w mm.³ w 10 dni po operacyi.

Zachowanie się limfocytów jest wręcz odwrotne do neutrofilów.

W pierwszych dwóch godzinach po operacyi zmniejsza się odsetek limfocytów do połowy, a nawet do 1/3 pierwotnego stanu. Zmniejszenie to utrzymuje się jeszcze w dniu następnym, mimo opadania ogólnej liczby leukocytów. Liczba limfocytów wracała do normy zwykle w 4—5 dniu po operacyi. W przypadkach z aseptycznym przebiegiem odsetek limfocytów zwykle wracał do normy na czwarty dzień po operacyi. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

O nowszych sposobach oznaczania refrakcyi.

Zestawił

Doc. Dr. K. W. Majewski.

1) Holth: Kinéscopie, nouvelle méthode dedétermination de la réfraction oculaire. *Ann d'Ocul* 1902. Nr. 4. — 2) Holth: Quelques considérations sur l'historique de la kinéscopie. *Ann. d'Ocul.* 1903. Nr. 3. — 3) Van den Bergh: Skiascopie subjective. Procédé original de détermination de la réfraction. *Ann. d'Ocul.* 1903. Nr. 10. — 4) Holth: Nouveau procédé pour determiner la réfraction oculaire. *Ann. d'Ocul.* 1904. Nr. 6. — 5) Fromaget: Mesure de la refraction par la méthode de Scheiner. *Ann. d'Ocul.* 1903. Nr. 3. — 6) K. W. Majewski: O ametropometryi i astygmoskopii. *Postęp Okulist.* 1905. Nr. 1.

Do oznaczenia rodzaju i stopnia wad refrakcyi służy nam cały szereg metod, zarówno podmiotowych, jak i przedmiotowych. Do pierwszych należy w pierwszym rzędzie klasyczna metoda doboru szkieł, opracowana przez Dondersa, dalej wyszukiwanie zapomocą różnych sposobów położenia *puncti remoti*, zastosowanie rozmaitych optometrów (optometr Badala, myoptometr Hegga i t. d.); do przedmiotowych: oznaczanie refrakcyi zapomocą wziernika w obrazie prostym, oznaczanie wyższych stopni myopii w obrazie odwrotnym (Burckhardt i Mauthner), wreszcie nieoceniona skiaskopia, którą zawdzięczamy Cuignetowi. Do tego doliczyć należy różne metody i przyrządy, służące specyalnie do wymierzania astygmatyzmu, jak astygmometr Javala i Schioetza, przyrząd Weckera, Langiego i t. d. Jak widać z tego wyliczenia, nie mamy prawa żalić się na brak

[1]) Według odczytu wypowiedzianego na posiedzeniu krak. Tow. lek. dnia 5 kwietnia b. r.

sposobów badania. Jeśli mimo tego witamy chętnie każdą metodę, oczywiście pod warunkiem, że jest dobrą, to dzieje się to dlatego, że jest rzeczą wielce pożądaną mieć możność skontrolować wyniki, uzyskane zapomocą jednego sposobu, sposobem innym, opartym na zupełnie odrębnej zasadzie. Nie należy zapominać, że chociaż oko nasze co do swej budowy jest tylko przyrządem optycznym, jest ono jednak zarazem żywym, ruchliwym, zmiennym, nieraz kapryśnym i nerwowym narządem, że zatem zadania okulisty, który ma oznaczyć wadę refrakcyi, nie można porównywać z zadaniem fizyka, mającego zapomocą środków laboratoryjnych wykonać pomiar optyczny, ale raczej chodzi tu o postawienie rozpoznania lekarskiego, często niełatwego, od którego wymaga się w dodatku liczbowej, niemal matematycznej dokładności. Z tych to powodów praktyk-okulista, który rozporządza większym wyborem dobrych metod rozpoznawczych, może temu zadaniu lepiej sprostać i łatwiej.

W ostatnich czasach podano szereg nowych metod, które nietylko budzą interes teoretyczny, ale i w praktyce mogą być z korzyścią zastosowane.

Holth (z Chrystyanii) podał w r. 1902 sposób oznaczania refrakcyi, który nazwał *kineskopią*, polegający na zjawisku już dawniej znanem i opisywanem. Nikomu jednak na myśl nie przyszło zużytkować to zjawisko do celów okulistycznych. I tak już w r. 1837 opisał Jan Mile następujące spostrzeżenie: Jeśli patrzymy przez mały otwór w kartonie na dwie szpilki, umieszczone w nierównej odległości i wpatrujemy się w bliższą, wtedy poruszając z lekka kartą z otworkiem widzimy, że dalsza szpilka porusza się pozornie w kierunku zgodnym z ruchem zasłony. Jeśli natomiast wpatrujemy się w szpilkę dalszą, wtedy bliższa wykonywa pozornie ruchy odwrotne, przeciwne poruszeniom otworu stenopeicznego. Szpilka, do której w danej chwili akomodujemy, nie porusza się wcale. Hermann Mayer w swem dziele „Zur Physik des Auges“ (1851) przytacza szczegółowo to spostrzeżenie Milego. Zjawisko to pozornych ruchów, zależne od chwilowych zmian refrakcyi oka, wyzyskał Holth do oznaczenia stałych wad refrakcyi w następujący sposób:

Oko badane patrzy przez wązką szparę stenopeiczną, ustawioną np. pionowo, na biały krążek (5—10 cm średnicy), umieszczony na czarnem tle w odległości 5—6 metrów. Jeśli zaczniemy szparą lekko poruszać w kierunku prostopadłym do jej osi, t. j. poziomo, wtedy w razie, jeśli oko jest miarowe, badany nie zauważy żadnych pozornych ruchów krążka; w razie zaś najmniejszej ametropii poda natychmiast, że krążek porusza się także i to zgodnie z ruchami szpary stenopeicznej, jeśli zachodzi myopia, a przeciwnie, jeśli hipermetropia. Te pozorne ruchy przedmiotu odległego ustają dopiero po przedłożeniu odpowiedniego szkła wklęsłego, względnie wypukłego, wyrównywającego daną wadę refrakcyi. Krążek biały na tle czarnem jest dlatego najodpowiedniejszym przedmiotem, że nie pobudza akomodacyi, a jest wystarczająco widziany nawet przy znacznie obniżonej bystrości wzroku.

Zapomocą kineskopii można również zupełnie dokładnie oznaczyć niezborność oka. Javal był pierwszym, który zauważył zjawisko kineskopii, zależne od niezborności. W roku 1862 przedsięwziął on na sobie szereg doświadczeń, mając sam *As. hp. inversus*. Przekonał się mianowicie, poruszając szparę stenopeiczną w kierunku pionowym (t. j. równolegle do południka refrakcyi nadmiarowej), że przedmioty widziane poruszają się pozornie i to zgodnie z ruchami szpary. Poruszając szparę pionową poziomo (równolegle do południka refrakcyi miarowej), nie dostrzegał żadnych ruchów pozornych. Analogiczne spostrzeżenia poczynili też: Czermak, Chauvel (1883), Sagnac i Schoute (1898).

Główne osie astygmatyzmu dadzą się, zdaniem Holtha, z wszelką dokładnością określić przy pomocy kineskopii dzięki temu, że jeśli szpara stenopeiczna ustawiona jest równolegle do jednej z nich, a prostopadle do drugiej, wtedy pozorne ruchy krążka, zgodne, czy przeciwne, odbywają się w kierunku równoległym do kierunku poruszeń, jakie nadajemy szparze. We wszystkich natomiast położeniach pośrednich oba kierunki ruchów tworzą między sobą kąt, największy wtedy, gdy szpara długością swoją leży w pośrodku (t. j. pod kątem 45°) pomiędzy jednym a drugim południkiem głównym astygmatyzmu. Określiwszy położenie osi głównych można następnie przez wyrównanie ametropii w każdej z nich, oznaczyć zapomocą kineskopii stopień niezborności.

Dla ułatwienia badania obmyślił autor przyrząd, który nazwał kineskopem i który pozwala kierunek ułożenia szpary odczytać dokładnie na odpowiedniem kole, opatrzonem podziałką. Prócz tego posiada kineskop półksiężycowate ramki, w które wkłada się kolejno szkła korekcyjne.

Wyjaśnienie zjawisk kineskopii jest bardzo proste: Ponieważ w oku krótkowzrocznem promienie równoległe (a za takie możemy uważać promienie, odbite od białego krążka) gromadzą się przed siatkówką, a następnie rozbiegają się znowu, ażeby na siatkówce wytworzyć krąg rozproszenia, przeto, gdy szparę stenopeiczną przesuniemy przed źrenicą z góry ku dołowi, obrazek jej przesunie się po siatkówce takiego oka w kierunku przeciwnym, t. j. z dołu do góry. W oku nadmiarowem, w którem promienie równoległe spotykają siatkówkę, zanim się jeszcze przeciąć zdołały, ruch obrazka szpary stenopeicznej, względnie widzianego przez nią krążka, będzie zgodny z ruchem samejże szpary. Ponieważ jednak przy odnoszeniu na zewnątrz wrażeń, odebranych okiem, obowiązuje prawo odwrotnej projekcyi obrazków siatkówkowych, przeto myop poda nam, że w porównaniu z ruchem szpary stenopeicznej widzi zgodny ruch białego krążka, a hipermetrop, że widzi ruch przeciwny. Jeżeli oko jest miarowe, wtedy promienie równoległe przecinają się na samej siatkówce; gdziekolwiek zatem w obrębie źrenicy znajdzie się szczelina stenopeiczna, obrazek krążka pozostanie na tem samem miejscu siatkówki; dlatego to oko miarowe, lub, co na jedno wyjdzie, oko z wadą, wyrównaną zapomocą odpowiedniego szkła, nie widzi żadnych pozornych ruchów krążka, mimo poruszeń szpary.

Ujemną stroną kineskopii stanowi to, że wymaga ona od badanego pewnej bystrości spostrzegawczej. Zwłaszcza — jeśli chodzi o oznaczenie południków głównych astygmatyzmu, wtedy rzadko kiedy można ufać podaniom chorego. Dlatego to twórca metody sam przyznaje, że do oznaczenia osi astygmatyzmu uciekał się do dawnych sposobów (np. astygmometr Javala), a dopiero następnie oznaczał łamliwość w każdym z południków, ustawiając szparę kineskopu najpierw prostopadle do jednego z nich, a potem do drugiego. Kineskopia wykazuje pewne pokrewieństwo ze skiaskopią, przynajmniej o tyle, że tu i tam chodzi o zauważenie pewnego określonego ruchu, tylko, że rola spostrzegacza przy skiaskopii przypada lekarzowi, przy kineskopii zaś osobie badanej. To samo da się też powiedzieć o drugiej metodzie, podanej również przez Holtha (w r. 1904) i nazwanej skiakineskopią.

Skiakineskopia polega także na znanem już dawniej zjawisku, dotąd jednak w celach oznaczania refrakcyi nie wyzyskanem. Zjawisko to jest niejako odwrotnością, negatywą zjawiska kineskopii.

Patrząc na jasną, świecącą plamę, np. na płomień świecy lub lampy i przesuwając tuż przed okiem jakikolwiek pręcik cienki i nieprzeźroczysty, np. drucik, sondę, zapałkę i t. p., widzimy, jeśli oko nasze jest dotknięte wadą refrakcyi, cień bardzo wyraźny (i to tem wyraźniejszy, im wyższy stopień wady), przesuwający się w postaci czarnego paska przez rozmazany obraz płomienia, czy punktu świecącego. Ruch tego cienia jest zgodny z ruchem drucika, jeśli zachodzi myopia, a przeciwny w razie hipermetropii. W miarę, jak zapomocą szkieł wyrównywamy wadę refrakcyi i zbliżamy się coraz bardziej do pełnej korekcyi, ruch cienia staje się coraz mniej zdecydowanym, a wreszcie, gdy oko zostanie zapomocą odpowiedniego szkła sprowadzone do stanu mia-

rowego, badany mimo dalszego przesuwania drucika przed okiem nie widzi w obrębie plamy świetlnej żadnego cienia, ani żadnego ruchu Tak też zachowuje się także oko, z natury miarowe. Badanie polega zatem na wyrównaniu wady refrakcyi zapomocą szkła, na którem zatrzyma nas sam badany w chwili, gdy ruch cienia przestanie być dla niego widocznym. Gdy przedłożymy szkło zbyt silne, wtedy ruch cienia zmieni kierunek: ze zgodnego stanie się przeciwny, lub odwrotnie.

Dla wyjaśnienia zjawisk skiakineskopii posłużyć mogą te same wywody, co dla kineskopii, trzeba tylko wyobrazić sobie zamiast przesuwającej się szpary stenopeicznej przesuwający się wązki ekran, który rzuca cień w te miejsca, w które szpara rzucała jasny pasek światła. Ruchy cienia muszą być zatem w każdym przypadku identyczne z pozornymi ruchami przedmiotów przy kineskopii.

Skiakineskopia nadaje się bardzo dobrze do wyszukiwania głównych południków astygmatyzmu, o ile tylko badany umie nam dokładnie opisać, co widzi. Jeśli oko badane jest niezborne, wtedy cień linijny w obrębie jasnej plamy nie w każdem położeniu jest równoległy do drucika trzymanego, względnie poruszanego przed źrenicą. Takie położenie równoległe przyjmuje on tylko w tym przypadku, gdy drucik ustawiony jest wzdłuż jednego lub drugiego z dwóch głównych południków astygmatyzmu. We wszystkich innych połuднikach ustawia się on skośnie do kierunku drucika i tworzy z nim kąt tem większy, im bardziej ustawienie drucika oddala się od obu osi głównych. Kąt ten zatem jest największy w przekroju pośrednim, odległym o 45° od tychże południków głównych. Na tej zasadzie oparł Holth swój mały przyrządzik (*cherche-méridien*), pozwalający u inteligentnego pacyenta wcale dokładnie oznaczyć położenie głównych osi astygmatyzmu, poczem można kolejno w każdej z nich oznaczyć osobno refrakcyę zapomocą skiakineskopii. Drucik musi być trzymany prostopadle do osi, a poruszany równolegle z jej kierunkiem.

Van den Bergh z Brukseli opisał (w r. 1903) metodę podobną do skiakineskopii i nazwał ją skiaskopią podmiotową. Różni się ona od skiakineskopii tem, że zamiast punktu świecącego używa Van den Bergh równoramiennego trójkąta z białego papieru na czarnem tle. Wysokość trójkąta powinna być kilka razy większa od długości podstawy. Przy poruszaniu drucika przed źrenicą badanego oka powstaje w obrębie tego trójkąta trochę skomplikowane zjawisko cienia: gdy drucik dojdzie do środka źrenicy, wtedy oko badane, o ile nie jest miarowe, widzi dwa obok siebie stojące i częściowo nakrywające się trójkąty. Między wierzchołki tych trójkątów wciska się z góry klin czarny. Im wyższy jest stopień ametropii, tem niżej sięga koniec tego klina. Położenie tego punktu może badany odczytać wprost na odpowiedniej, empirycznie sporządzonej podziałce, z czego się odrazu dowiadujemy, ile dyoptryi wynosi ametropia. Czy mamy do czynienia z myopią, czy z hipermetropią, o tem rozstrzyga zgodność, względnie niezgodność ruchu cienia (t. j. czarnego klina między trójkątami) w porównaniu z poruszeniami drucika. Przy skiaskopii podmiotowej Van den Bergha odpada potrzeba przedkładania szkieł przed oko badane, bo, jak wyżej wspomniałem, długość czarnego klina wskazuje na odpowiedniej skali wprost stopień wady refrakcyi w dyoptryach. Ale właśnie z powodu tego uproszczenia metoda ta wymaga od badanego bardzo ścisłej obserwacyi zjawisk i dlatego nie wydaje mi się tak wygodną i łatwą w zastosowaniu, jak skiakineskopia, lub inne nowe metody, o których jeszcze będzie mowa.

Krótka wzmianka należy się też „prisoptometryi“, podanej przez Culbertsona w r. 1894 [1]). Nie jest to zatem jedna z najnowszych metod, ale dopiero przed niedawnym czasem zaczęto nadsyłać z Ameryki przyrządy, na tej zasadzie oparte. Prisoptometr taki miałem sposobność obejrzeć i wypróbować dzięki uprzejmości Prof. Wicherkiewicza. Przez dość duży okrągły otwór (kilka mm. średnicy) spogląda oko badane na biały krążek, umieszczony w ściśle określonej odległości, którą trzeba wyszukać dla danego przyrządu i dla oka idealnie miarowego. W otworze umieszczone są dwa szklane pryzmaty, złożone podstawami, których linia graniczna przypada na środek źrenicy. Promienie równoległe, odbite od białego koła, załamują oba pryzmaty ku swym podstawom. Z tego powodu badany widzi dwa koła. Otóż odległość ekranu z białem kołem i wielkość tegoż mogą być tak dobrane, że przy emmetropii obwody obu widzianych kół stykają się w jednym punkcie. Rzecz jednak zmienia się, gdy oko nie jest miarowe. Wtedy przedewszystkiem koła widziane są niewyraźnie, w zatartych zarysach. Przytem wiadomo, że myopowi, nieuzbrojonemu w szkła, wszystkie przedmioty wydają się nieco większymi, a hipermetropowi nieco mniejszymi, niż emmetropowi. Ponieważ odstęp środków obu kół zależy od siły pryzmatu i od oddalenia ekranu od badanego oka, a nie zależy prawie wcale od refrakcyi, przeto przy myopii skutkiem pozornego powiększenia obrazów, białe koła zajdą na siebie częścią swej powierzchni. Ta część, gdzie się koła wzajemnie przykrywają, wyda się badanemu podwójnie białą. Przy hipermetropii, skutkiem pozornego pomniejszenia obrazów, koła muszą się rozstąpić tak, że między ich obwodami pojawia się przerwa tem szersza, im wyższy jest stopień hipermetropii. Korekcya, dokonywana zapomocą szkieł, wkładanych w odpowiednie ramki, musi polegać zatem na doprowadzeniu obu kół do kontaktu ściśle w jednym tylko punkcie stycznym, o czem nas oczywiście zawiadamia sam badany.

Zapomocą odpowiedniego urządzenia można pryzmaty, umieszczone w otworze prisoptometru, tak okręcać, że linia, łącząca środki obu kół widzianych przez oko badane, ustawia się równolegle do coraz to innych południków oka. Jeśli przy takiem okręcaniu jedno koło ślizga się wciąż po obwodzie drugiego, to stanowi to dowód, że niema niezborności. Jeżeli oko jest niezborne, wtedy rzecz ma się inaczej: gdy koła stoją obok siebie, co odpowiada południkowi poziomemu, sprowadzamy je w razie potrzeby do zetknięcia zapomocą odpowiedniego szkła, a następnie okręcamy pryzmaty tak, aby koła ustawiły się nad sobą, co odpowiada południkowi pionowemu. Jeśli w tym południku łamliwość oka jest silniejsza, niż w poziomym, — koła zajdą na siebie obwodami, jeśli słabsza, wtedy się rozstąpią. W pierwszym razie doprowadzimy je ponownie do kontaktu zapomocą szkła wklęsłego, w drugim zapomocą szkła wypukłego. Ze siły użytej soczewki wnioskujemy o stopniu astygmatyzmu.

W ten sam sposób można też oznaczyć refrakcyę w każdym południku skośnym, jeśli osie astygmatyzmu są skośne.

Pozostaje do omówienia jeszcze jedna z najnowszych metod badania, mianowicie tak zwana ametropometrya. Polega ona na zastosowaniu znanego doświadczenia Scheinerowskiego do oznaczania refrakcyi. Hassler, lekarz szpitala wojskowego w Bordeaux, był pierwszym, który doświadczenie to zużytkował w celach optometryi, a za jego przykładem Le Mehauté, profesor w szkole higieny morskiej, również w Bordeaux, oparł na tej samej zasadzie swój ametropometr i wypróbował ten przyrząd w ostatnich trzech latach w klinice i pod kierunkiem Fromageta. Jest to płytka nieprzeźroczysta z dwoma otworkami, których wzajemna odległość jest mniejsza od szerokości średnio rozwartej źrenicy. Oko badane patrzy przez oba te otworki na oświetlony otwór prostokątny w czarnym ekranie, odległym o 5 m. Oko miarowe widzi ten świetlny prostokąt pojedynczo, ponieważ promienie równoległe, wpadające przez oba otworki, przecinają się w jednem miejscu i wytwarzają jeden obrazek. W razie myopii prostokątne okienko widziane jest podwójnie, ponieważ promienie równoległe, przechodzące przez oba otworki, gromadzą się przed siatkówką, a na siatkówce wytwarzają dwa oddzielne obrazki. Obrazki te są

[1]) Flavel B. Tiffany: „Anomalies of refraction and of the muscles of the eye“. Kansas city. 1894, p. 94—95.

skrzyżowane, ale dzięki odwrotnej projekcyi wrażeń siatkówkowych, badanemu przedstawią się one tak, że prawemu otworkowi będzie odpowiadał obrazek prawy, a lewemu lewy (*diplopia monoocularis homonyma*), o czem z łatwością możemy się przekonać, zasłoniwszy jeden z otworków ametropometru jakiemkolwiek szkłem barwnem. Jeśli zachodzi hipermetropia, wtedy równoległe wiązki promieni, przechodzące przez oba otworki, przecinają się poza siatkówką, a na siatkówce wytwarzają dwa obrazki równoimienne, z czego wynika dwuwidzenie skrzyżowane (*diplopia monoocularis cruciata*). Otóż, jeśli zapomocą odpowiedniego szkła wyrównamy dokładnie zachodzącą ametropię, wtedy równoległe wiązki promieni przetną się na samej siatkówce tak, jak w oku miarowem i jasny prostokąt znów będzie widziany pojedynczo. W tem się też streszcza zasada ametropometryi, która wymaga zatem kolejnej zmiany szkieł korekcyjnych przed okiem badanem. Zamiast wyjmować każde szkło z osobna z kasety okulistycznej i ustawiać je przed okiem badanem, możemy szybką i wygodną zmianę szkieł uzyskać bądź to zapomocą optometru Coopera, t. j. dużego koła, dającego się obracać i opatrzonego skalą soczewek wklęsłych lub wypukłych, bądź to zapomocą listwy z szeregiem soczewek, przesuwalnej przed otworkami ametropometru, bądź wreszcie przez połączenie płytki ametropometru z tarczą Rekossa z jakiegokolwiek wziernika refrakcyjnego. W miarę, jak obracamy tarczę Rekossa, przesuwając przed okiem coraz to silniejsze szkła, stosownie do potrzeby wklęsłe lub wypukłe, rozstęp zdwojonych obrazków się zmniejsza, aż wreszcie przy szkle wyrównywającem wadę refrakcyi oba prostokąty świetlne nakrywają się wzajemnie.

W styczniu b. r podałem w „Postępie Okulistycznym“ opis zmodyfikowanego ametropometru. Modyfikacya polega na tem, że zamiast dwóch są trzy, bardzo blizko siebie położone otworki w czarnej płytce. Oba boczne otworki zasłonięte są małemi szkiełkami walcowatemi, środkowy zaś jest wolny. Osie silnych płaskowypukłych szkiełek walcowatych ułożone są wzdłuż linii, na której leżą wszystkie trzy otworki. Jeden z tych walców zrobiony jest ze szkła czerwonego, a drugi z zielonego. Oko badane spogląda przez wszystkie trzy dziurki już nie na prostokąt świetlny, lecz na punkt świecący w ciemnym pokoju (oświetlony otwór w ekranie). Dzięki temu urządzeniu oko niemiarowe widzi przy poziomem ułożeniu otworków, punkt świecący w środku, a po obu bokach dwie pionowe linie barwne, powstałe przez rozciągnięcie punktu świetlnego cylindrycznem działaniem szkiełek; po kolorach linii można natychmiast poznać, czy dwuwidzenie jest zgodne, czy skrzyżowane, a więc, czy mamy do czynienia z myopią, czy z hipermetropią. Jeśli oko jest miarowe, lub jeśliśmy zachodzącą wadę refrakcyi już zapomocą odpowiedniego szkła wyrównali, wtedy badany widzi jednę linię koloru mieszanego, przecinającą punkt świetlny. W razie ślepoty barwnej porozumienie z badanym co do wzajemnego ułożenia kolorowych smug jest niemożliwe, w takim przypadku więc zasłaniamy zapomocą małej zasuweczki jeden z bocznych otworów tak, że badany widzi obecnie tylko jeden punkt świetlny, (przez dziurkę środkową) i jedną linię świetlną, której barwa już nie wchodzi wcale w rachubę, bo wystarczy nam dowiedzieć się, czy linia ta przebiega po prawej, czy po lewej stronie punktu świetlnego, żebyśmy poznali, czy badany jest myopem, czy hipermetropem. Otworek środkowy oddaje nam i wtedy dobre usługi, gdy źrenica oka badanego jest tak wązka, że wszystkich trzech dziurek naraz objąć nie może, a z jakichkolwiek powodów nie chcemy lub nie możemy rozszerzyć źrenicy. W takim razie punkt świetlny środkowy i którakolwiek z linii bocznych – wystarczą zupełnie do oznaczenia refrakcyi.

Jak wyżej wspomniałem, ametropometr wskazuje refrakcyę zawsze w jednym tylko południku, mianowicie w tym, który odpowiada linii, łączącej trzy otworki stenopeiczne — i to jest właśnie jego zaletą. Płytkę można okręcać i linię otworków ustawiać kolejno w różnych południkach, których położenie odczytujemy na mosiężnej obręczce, otaczającej płytkę optometru i opatrzonej podziałką ze stopniami łukowymi. Możemy zatem w każdym południku z osobna oznaczyć refrakcyę zapomocą szkieł sferycznych, a tem samem w danym razie wymierzyć astygmatyzm. Jeśli chodzi o oznaczenie kierunku głównych osi astygmatyzmu — to, jakkolwiek można dokonać tego przy inteligentnem współdziałaniu osoby badanej zapomocą samej tylko ametropometryi, praktyczniej jednak jest uciec się do jednego z licznych umyślnie w tym celu podanych sposobów i przyrządów (keratoskop, astygmometr Javala i Schioetza, skiaskopia zwyczajna i t. d). Można też do tego celu posłużyć się małym przyrządzikiem, który nazwałem astygmoskopem. Jest to krążek z poczernionego metalu, 4 cm. średnicy, osadzony na rączce. W tarczce tej porobione są małe dziureczki, ułożone w szeregi, które tworzą dwunastoramienną figurę gwieździstą. Badany, trzymając przyrząd w ręku, zwraca go ku światłu (np. ku lampie żarowej ze szkła mlecznego). Jeśli oko jest niezborne i przynajmniej w jednym przekroju okazuje myopię takiego stopnia, że *punctum remotum* daje się ręką dosięgnąć, wtedy w tej odległości wszystkie dziureczki astygmoskopu przedstawią się, jako krótkie świetlne kreseczki, prostopadłe do tego przekroju. Z tego powodu promień prostopadły do południka myopii, a więc odpowiadający drugiej głównej osi astygmatyzmu, przedstawi się jako jednostajna ciągła linia świetlna, bo poszczególne kreseczki nakryją się dachówkowato i zleją się ze sobą. Poza obwód tarczy przyrządu wystają druciki z główkami, w przedłużeniu poszczególnych promieni i służą do tego, aby badany, trzymając w jednem ręku trzonek astygmoskopu, mógł palcem drugiej ręki wskazać drucik, odpowiadający temu promieniowi, który widzi jako ciągłą, litą linię świetlną. W przypadkach, gdzie *punctum remotum* nie leży w pobliżu oka badanego, możemy je doń z łatwością zbliżyć zapomocą odpowiednio silnego wypukłego szkła sferycznego, które, jak wiadomo, nie wpłynie ani na stopień niezborności, ani na ustawienie jej południków głównych. Astygmoskop pozwala w przypadkach niezborności, przekraczającej 1,oD, na szybkie i wystarczająco dokładne oznaczenie położenia osi astygmatyzmu, w których następnie wymierzyć możemy refrakcyę bezpośrednio zapomocą ametropometryi.

Wszystkie, w tem krótkiem zestawieniu omówione nowe sposoby oznaczania refrakcyi, podobnie zresztą, jak i wszystkie dawniejsze metody, mają tę jednę wspólną ujemną stronę, że dokładność ich pozostaje niejako na łasce akomodacyi oka badanego i zależy od zupełnego zwolnienia tej akomodacyi. Ponieważ akomodacya polega na chwilowem wzmożeniu siły łamliwej oka, więc jasną jest rzeczą, że zwiększa ona myopię, a zmniejsza lub nawet znosi hipermetropię. O jej szkodliwym wpływie na ścisłość oznaczenia refrakcyi nie wolno okuliście nigdy zapominać i musi on nieraz czerpać ze swego osobistego doświadczenia wskazówki, jak ma uniknąć błędów, pochodzących z tego źródła.

IV. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTZNA. E. Grawitz. **Choroby krwi i balneologia.** (*Berl. kl. Wochenschrift*, Nr. 19, z r. 1905). Na wstępie podnosi autor, jakie przyczyny wywoływać mogą choroby krwi. Przedewszystkiem należą tu sprawy chorobowe, toczące się w narządach krwiotwórczych, — a szczególnie w szpiku kostnym, potem przewlekła utrata soków żywotnych, przewlekła utrata białka, przewlekłe, ostre utraty krwi, ropienia i zapalenia nerek; choroby krwi mogą dalej powstawać pod wpływem przeróżnych trucizn i to takich, które dostają się do ustroju z zewnątrz, albo takich, które w ustroju się wytwarzają n. p. przez rozkład białka w przewodzie pokarmowym. Wszystkie te przyczyny prawie wyłącznie szkodzą krwinkom czerwonym, liczba ich się zmniejsza, ulegają przeobrażeniom wstecznym i wytwarza się ów stan, który zwiemy od wieków niedokrwistością. Do leczenia chorób krwi nadają się w pierwszym rzędzie miejsca kąpielowe, których źródła zawierają żelazo i arsen, przyczem doniosłego jest znaczenia, że w takich

miejscach kąpielowych chory znajduje i inne dla zdrowia korzystne czynniki, jak długotrwały pobyt na świeżem powietrzu, sposobność do ruchów ciała, odpowiednią dyetę itd. Podczas gdy żelazo działa głównie u osobników młodych, to arsen, bardzo często w parze z żelazem w wodach się znajdujący, korzystnie działa na niedokrwistość dorosłych, na białaczkę, oraz na choroby skórne. Dla leczenia niedokrewnych, u których tłem choroby jest kiła, wybitnego znaczenia są wody jodowe; chorym na przewlekłe cierpienia gruczołów dobrze robią solanki, tam zaś, gdzie niedokrwoność wywołały zaburzenia w jelitach, spowodowane ich niedowładem i samozatruciem, wody wypróżniające jelita z odpowiednią dyetą sprowadzą wyleczenie. *Stahr.*

L. Steinsberg. **O leczeniu miażdżycy.** (*Berl. kl. Woch.*, Nr. 19, 1905). Autor daje na początku określenie miażdżycy, nazywa ją „Abnutzungskrankheit" (choroba powstała ze zużycia); w leczeniu kładzie główny nacisk na zapobieganie i wyraża nadzieję, że rokowanie w chorobie tej na przyszłość mogłoby z gruntu się zmienić na znacznie korzystniejsze, gdyby się udawało wpadać na trop tej choroby już wtedy, kiedy jeszcze w ustroju nie jest wyraźnie rozwiniętą, a więc w ustroju młodym i wtedy już stosować należne przepisy higieniczne, względnie zabiegi lecznicze. Najważniejszą rzeczą dla chorego jest uregulować jego sposób życia, uchronić go przed czynnikami wprost lub pośrednio szkodliwymi, żywić go odpowiednio ilościowo i jakościowo, zabronić mu używania alkoholu i tytoniu, polecić mu unikanie wstrząśnień psychicznych i t. d. Należy polecać żywność ubogą w chlor, jadać mało mięsa; należy równie przestrzegać przed pożywieniem wyłącznie jarskiem. Z leków skutecznych w początkach miażdżycy zaleca autor ergotynę i jod. Bardzo gorąco poleca gimnastykę leczniczą, leczenie terenowe nie przesadzone, zabiegi wodolecznicze, kąpiele z kwasu węglowego i t. d. Dobre wyniki daje także leczenie skombinowane z jodu i kąpieli obok przestrzegania ogólnych powyższych przepisów. Bardzo dobre wyniki dają również kąpiele z kwasu węglowego w połączeniu z kąpielami borowinowemi; autor zaleca dlatego Francensbad i stosuje tam na miejscu kąpiele borowinowe rzadkie o obojętnej cieplocie i tylko do wysokości serca. Są to tak zw. francensbadzkie kąpiele borowinowe normalne. Autor kończy pracę apelem, by w miażdżycy, o ile się da, zaczynać od zapobiegania już w młodym wieku chorych. *Stahr.*

Prof. Noorden. **Leczenie otyłości.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1905, Nr. 19). Leczenie otyłości należy stosować według ścisłych wskazań. Wysokiego stopnia otyłość jest prawie zawsze wskazaniem do przeprowadzenia leczenia; 4—6 tygodniowe okresy kuracyjne należy przerywać dłuższemi pauzami. Zwłaszcza trzeba postępować w ten sposób u dzieci. U starców zbyt często leczenie pociąga za sobą zupełny upadek sił, więc należy go bezwarunkowo zaniechać. Średniego stopnia otyłość (waga 15—20 kg. przekraczająca wagę przeciętną, odpowiadającą wiekowi, płci i wysokości) jest u osobników młodych i w wieku średnim, ze względu na zbyt wczesną możność wyczerpania się serca, bezwzględnem wskazaniem do leczenia, zwłaszcza przy szybkim postępie otyłości; u osobników na schyłku lat średnich otyłość średnia nie stanowi wskazania do leczenia, należy tylko uregulować tryb życia. Nizki stopień otyłości (5—15 kg. nad normę) stanowi wskazanie tylko przy szybkim rozwoju otyłości; pewne choroby nakazują również przeprowadzenie kuracyi nawet w lżejszych przypadkach otyłości, jako to: choroby narządu krążenia i przewlekłe choroby narządu oddechowego, śródmiąższowe zap. nerek, przewlekły gościec stawowy i inne schorzenia narządów ruchowych, wyprzenie, niektóre postacie nerwobolów. W skazie moczanowej ostrożne przeprowadzenie leczenia nie szkodzi; po kuracyi forsownej częstokroć dna zaostrza się lub na nowo wybucha. W cukrzycy jest autor również za leczeniem, które może dobrze wpłynąć na sprawność mięśni i serca. Ze względu, że chorobowe zmniejszenie energii utlenienia może być powodem otyłości tylko w wyjątkowych przypadkach, że doświadczalnie go nieudowodniono, a w największej liczbie przypadków otyłość jest wywołana nieprawidłowym trybem życia, zbyt wielkim dowozem energii lub zamałem zużywaniem, t. j. zbyt obfitem odżywianiem lub brakiem ruchu, podstawą leczenia będzie: 1) ograniczenie dowozu energii i 2) zwiększenie jej użycia. Stosowanie drugiego czynnika leczniczego niejednokrotnie ogranicza brak siły mięśni lub konieczność szanowania sił pacyenta przy powikłaniach. Tem ważniejszy jest czynnik pierwszy, t. j. dyeta. Otyłemu należy zapewnić 100—140 grm. białka dziennie, a ograniczyć bezazotowe substancye (tłuszcze, węglowodany i alkohol), albo równomiernie, albo ze szczególnem uwzględnieniem jednego rodzaju pokarmu aż do pewnej ilości kaloryi. Ze względu, że węglowodany mało dają pokarmu, a łatwo sycą, lepiej podawać więcej tych ostatnich, a tłuszcz ograniczyć; taką dyetę z reguły lepiej znoszą pacyenci, choć zdarzają się wyjątki. Pokarm, potrzebny dla utrzymania w równowadze otyłego człowieka średniego wzrostu, powinien wynosić 2,500 kaloryi dziennie (u kobiet o 300 kaloryi mniej); tę ilość kaloryi należy przy przeprowadzeniu leczenia ograniczyć według 3 stopni: I. Zmniejszenie pokarmu do $^4/_5$, a zatem do 2000 kaloryi. Dyeta stosowna dla silnych ludzi, mogących intenzywnie pracować fizycznie. Ubytek na wadze 3—4 funty, potem 2—3 miesięcznie. II. Zmniejszenie pokarmu do $^3/_5$, czyli 1500 kaloryi. U słabych, mało fizycznie pracujących, ubytek na wadze 2 do 4 funty miesięcznie; u pracujących n. p. 2 godz., chodzących po górach, ubytek na wadze 5—7 funtów miesięcznie. Dyetę można długi czas bez przerwy stosować. III. Więcej niż $^2/_5$ pokarmu normalnego t. j. 1000—1500 kaloryi. Taką jest dyeta Bantinga, Oertla itd. Nie należy jej nigdy stosować u chorych na serce, również w praktyce prywatnej; natomiast w sanatoryach można uzyskać 6 do 12 funtów ubytku na wadze miesięcznie, przy pracy fizycznej 20—30 funt. bez szkody dla ustroju. Czas trwania tego forsownego leczenia należy ograniczyć do kilku tygodni. Ograniczenie płynów bezpośrednio nie działa leczniczo, gdyż nie wpływa na szybsze utlenienie tłuszczu, jak sądzono; ale działa energicznie pośrednio, zmniejszając łaknienie.

Zwiększenie przemiany energii. Przez 3 godz. wspinania się na wyniosłość pod kątem 10° można wydatek energii zwiększyć w dwójnasób w porównaniu z wydatkiem energii podczas spoczynku, a ludziom silnym można z łatwością taki ruch zalecić. Przeszkodę może stanowić słabe serce, wątłe mięśnie i silne poty. Obok tego leczenia terenowego Oertla można stosować wiosłowanie, choć to ostatnie nieda się tak ściśle stopniować. Jazda na kole wskutek łatwej przesady i działania szkodliwego na serce jest przeciwwskazana. Jazda konna i gimnastyka lecznicza działają bardzo słabo. Mięsienie jest bez wpływu. Przetwory gruczołu tarczykowego zwiększają utlenienie o 15—20 prc. Zbyt często jednak działają toksycznie, powodując rozpad białka ustrojowego, osłabienie serca, cukromocz. aby je wogóle można było stosować. Zwiększenie przemiany materyi w górach odpowiada, zdaje się, tylko wzrostowi pracy serca i oddychania. Zwiększenie przemiany materyi nad morzem jest co najmniej problematyczne. Działanie leczenia zdrojowo-kąpielowego w Homburgu, Karlsbadzie, Kissingen itd. nie polega na piciu wód, ale na większym ruchu i mniej obfitem odżywieniu, niż w domu. Obficie pite wody podnoszą rozpad białka tylko o 5—12 prc. i to tylko na 2 godz. Kąpiele podnoszą rozpad białka tylko o kilka odsetków i to tylko przez czas trwania kąpieli; natomiast podniecają układ nerwowy i krążenie. Łaźnie parowe i elektryczne kąpiele świetlne zwiększają wydatek energii tylko na czas swego trwania i to tylko wówczas, gdy ciepłota krwi się podnosi (na każdy 1° o 3 prc.). Samo pocenie się niema żadnego wpływu. Kąpiele słoneczne działają, o ile są połączone z ruchem. Najważniejszą stroną leczenia jest nauczyć chorego w sanatoryum, jak ma przepędzić cały następny rok i jak unormować sposób życia. *Mostowski.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. A. Markus. **Nowy sposób leczenia czyraków.** (*Mün. med. Woch.*, Nr. 21, 1905). Metoda leczenia czyraków, podana przez autora, polega na zastosowaniu w tym celu elektrolizy. Do takiego leczenia nadają się szczególnie czyraki, jeszcze nie zupełnie zropiałe. Postępowanie przy tej metodzie leczenia polega na wprowadzeniu w otwór zajętej torebki włosowej igły epilacyjnej, połączonej z biegunem ujemnym bateryi. Wskutek chemicznego działania prądu wywiązujący się wodór usuwa na zewnątrz, tworząc pianę, obumarłą część tkanki. Siła prądu, jakiej się przy tem używa, wynosi od jednego do dziesięciu miliamperów. Następnie zmienia się kierunek prądu i po wprowadzeniu do otworu igły, połączonej teraz z biegunem dodatnim, wywiązujący się tlen działa zabójczo na bakterye i rozkłada schorzałą część tkanki. Leczenie tym sposobem przewyższa pod względem wyników kosmetycznych leczenie chirurgiczne, a ma tę zaletę, że już po jednorazowem zastosowaniu zabiegu elektrolitycznego bolesność ustępuje i przy czyrakach usadowionych w miejscach bardzo tkliwych, jak n. p. na wardze górnej i końcu nosa chorzy doznają zaraz od początku leczenia znacznej ulgi. *Stopczański.*

Schlachta. **Chemiczne naśladowanie biologicznego działania promieni.** (*Münchener med Wochenschrift*, Nr. 19). Punktem wyjścia badań, wykonanych w celu poznania chemizmu działania biologicznego promieni radu i X-promieni, była znana własność utleniania tych promieni. Exner wykazał, że przy naświetlaniu X-promieniami lecytyny powstaje cholina, która, wstrzyknięta pod skórę, wywołuje podobne zmiany, jak lecytyna naświetlona. Autor starał się wykazać, czy przy samem utlenianiu można z lecytyny otrzymać cholinę. W tym celu użył ozonu i zapomocą odpowiedniego przyrządu nasycał roczyn lecytyny ozonem. Po wstrzyknięciu tego roztworu lecytyny pod skórę u świnki morskiej po 8 dniach powstawał w miejscu wstrzyknięcia wrzód przy równo-

czesnem wypadaniu włosów. Rozczyn lecytyny, nasyconej ozonem, różni się nieco własnościami od lecytyny naświetlanej, która ma zapach o wiele silniejszy kłujący, jak również inne zabarwienie. Autor sądzi, że możnaby uniknąć rozkładaniu się lecytyny przy naświetlaniu, jeżeliby rozczyn lecytyny naświetlany był przy braku tlenu, a więc w próżni. *Stopczański.*

MEDYCYNA TEORETYCZNA. O. Israel. **O czynnej limfocytozie i mechanizmie wędrowania.** (*Berl. kl. Wochenschrift*, Nr. 18, 1905). Bodźcem do tej pracy były badania Almkvista, ogłoszone w „Archiwie Virchowa" (Tom 169, Str. 1 ff.) pt. „Ueber die Emigrationsfähigkeit der Lymphocyten" i doniesienie A. Wolffa i A. v. Tordaya w Nr. 49 z r. 1904. „Berl. kl. Wochenschrift", poświęconym Senatorowi z okazyi jego 70-rocznicy urodzin, p. t. „Ueber die experimentelle Erzeugung von Lymphocytenexsudaten. Zugleich ein Beweis für das Vorhandensein einer aktiven Lymphocytose". Israel twierdzi na podstawie swoich doświadczeń, że dowód jeszcze nie jest przeprowadzonym bez zarzutu, że zatem nie można na pewno twierdzić, że limfocyty mają zdolność wędrowania wśród tkanek i wychodzenia z naczyń. Do wypocin błon surowiczych bezwątpienia (według Israela) dostają się tylko biernie z prądem krążącej limfy, nigdy zaś (czynnie) nie emigrują do wypocin z naczyń. Zdolność kurczenia się jest zasadniczą własnością ich pierwoszczy. Na to godzi się autor, że niezwykle wielkie limfocyty z nadzwyczaj obfitą pierwoszczą komórkową mogą przechodzić przez ściany naczyń ciężko uszkodzonych, — jednak nie ma dotąd jeszcze niezbitego dowodu, że dzieje się to drogą czynną. — To wszystko pozostawia nienaruszalnym ten pewnik, że właściwie czynnymi są wśród powstawania ropy wyłącznie krwinki wielojądrzaste, posiadające wszelkie warunki fizyczne do wędrowania. *Stahr.*

H. Schridde. **O ziarninie limfocytów.** (*Münch. med. Wochen.*, 1905, Nr. 26). Autor podaje sposób barwienia krwi, który uwydatnia wszystkie rodzaje ziarniny w krwinkach białych, prócz krwinek zasadochłonnych, których ziarninę poznać można przez wynik ujemny barwienia. Ciałka zasadochłonne wyglądają jakby zasiane wakuolami. (Szczegóły barwienia trzeba przeczytać w oryginale). Nową rzeczą jest to, że i w limfocytach autor zawsze znajdował ziarninę, przeciętnie w 60—80 egzemplarzach w jednym limfocycie. Cechuje się ta ziarnina tem, że leży gęsto obok siebie w koło jądra, zwykle jednak gromadzi się po jednej stronie jądra. Ziarnina ta odróżnia się od ziarniny leukocytów i tem, że nie jest okrągła, ale przeważnie podłużna, przypomina grube wydęte laseczki. Autor zastrzega się, że przez niego wykryta ziarnina nie ma nic wspólnego z ziarniną, opisywaną pod nazwą „Azurgranula" przez Michaelisa i Wolffa (über Granula in Lymphocyten, Virch. Arch. T. 167, 1902) i przez Wolffa w Zeitschr. f. kl. Med. T. 52, 1904 (über Leukocytengranulationen), którą równie, jak Ehrlich, uważa za artefacta. *Dr. E. Stahr.*

Doc. Dr. I. Lemberger. **O rozkładzie chloroformu podczas stosowania go przy narkozie.** (*Nowiny lekarskie* za kwiecień i maj, 1905). Autor badał rozkład chloroformu podczas parowania z powierzchni porowatych w atmosferze powietrza lub innych gazów, przy różnych rodzajach oświetlenia. Przyrząd, który umożliwił badanie tego rozkładu w warunkach, odpowiadających warunkom zwykłego znieczulania, składał się z następujących części: Dwie flaszki: górna bez dna, dolna o dwu szyjkach, stojąca dnem na podstawie, połączone były lejkiem, przechodzącym przez korki, zamykające szyjkę górnej i jedną z szyjek dolnej flaszki. Na lejku spoczywała maska, na którą powoli wkraplano chloroform z naczynia, opatrzonego kurkiem, umocowanego w korku, zamykającym flaszkę górną w miejscu brakującego dna; przez ten sam korek przechodząca, kolankowato zgięta rurka doprowadza do opisanej flaszki, a przez nią do dalszych części przyrządu powietrze, względnie inne gazy. Dolna flaszka zbiera spływający z lejka nadmiar niemogącego się ulotnić chloroformu, który można poddać dalszemu badaniu, a przez drugą szyjkę łączy się ta flaszka z trzema obok siebie stojącemi flaszkami zapomocą kolankowato zgiętych rurek. Pierwsza z trzech flaszek zawiera czuły niebieski papierek lakmusowy, druga małą ilość stężonego kwasu siarkowego, trzecia rozczyn skrobi z jodkiem cynku. Ostatnia flaszka połączona jest z aspiratorem, przeciągającym przez cały przyrząd powietrze lub inny gaz z gazometru, połączonego z flaszką bez dna. Rozkład chloroformu uwydatnia się zaczerwienieniem lub odbarwieniem papierka lakmusowego, wywołanem kwasem solnym lub wolnym chlorem, zbłękitnieniem skrobi przez wydzielenie jodu, wywołanem również chlorem, wreszcie zabarwieniem brunatno-żółtem kwasu siarkowego, wywołanem przez inne, po części nieznane wytwory rozkładu chloroformu. Doświadczenia te wykazały, 1) że w atmosferze wodoru lub azotu chloroform, zarówno chemicznie czysty, jak i chloroform zaprawiony 0·5—1% wyskoku, nie ulega rozkładowi bez względu na oświetlenie; 2) że chloroform chemicznie czysty, nie zaprawiony wyskokiem, a zatem zarówno chloroform Picteta, jak chloroform *ad hoc* sporządzony w pracowni z chloralu, jak niemniej chloroform Anschütza, po wypłókaniu alkoholu wodą i następowem odwodnieniu i w podobny sposób od alkoholu uwolniony chloroform marki „E. H." (oba te chloroformy stale zawierają dodatek alkoholu), — ulega już podczas parowania w rozpuszczonem świetle dziennem rozkładowi. W atmosferze powietrza jest ten rozkład bardzo mały, — w atmosferze tlenu natomiast jest on wcale wybitny; 3) chloroform zaś, zawierający alkohol, bez względu na pochodzenie i sposób otrzymania, a więc zarówno chloroform Anschütza i marki „E. H.", jak mieszanka Billrotha, lub chloroform, otrzymany w pracowni z chloralu i zaprawiony 1% wyskoku, — w świetle dziennem rozproszonem ani w atmosferze powietrza, ani w atmosferze tlenu nie ulega zupełnie rozkładowi. Rodzaj maski, z której paruje chloroform, niema żadnego znaczenia; 4) w świetle lipcowego, południowego słońca, parując, ulega chemicznie czysty chloroform znacznemu rozkładowi; papierek lakmusowy zostaje wybielony, uchodzą gryzące dymy tlenochlorku węgla, — w tlenie jest ten rozkład znowu silniejszy, niż w powietrzu; 5) dodatek alkoholu przeciwdziała i w tych warunkach silnemu rozkładowi, ale zupełnie przed nim nie chroni, zwłaszcza gdy parowanie odbywa się w tlenie. 6) W osłoniętem świetle Auera, parując, nie ulega chloroform chemicznie czysty rozkładowi ani w powietrzu, ani w tlenie. Tem więcej zapewne nie rozkłada się chloroform, zaprawiony alkoholem.

Wnioski praktyczne dla chirurga, obok dawniej znanych, że chloroform należy przechowywać w ciemnem miejscu w ciemnych, zatkanych szklanym korkiem flaszkach (kawałki korka drewnianego przyspieszają katalitycznie rozkład), dokładnie osuszonych (soda odciąga chloroformowi alkohol, którego rola konserwująca polega na wiązaniu wytworów rozkładu chloroformu, t. j. kwasu solnego i chloru i przeprowadzenia ich w ciała dla ustroju nieszkodliwe, jak chloral i chlorek etylu), są te głównie, że do usypiania powinno się używać tylko chloroformu, zawierającego 0·5—1% alkoholu, wszystkie zaś preparaty chloroformu, o ile są czyste i ten dodatek zawierają, są równorzędne i niczem się między sobą nie różnią. *S. M.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Gonosanu w kamicy nerkowej i pęcherzowej używał Lavaux (*Monatss. für Harnkr. und sex. Hyg.*, Heft 4 u. 5) jako środka, uśmierzającego bóle. L. zwraca uwagę na działanie gonosanu, który nie tylko zmniejsza dolegliwości w rzeżączce, ale również wywiera ten wpływ w chorobach górnej części dróg moczowych. Merzbach (Nr. 5 *Münchener med. Wochenschr.*, 1905) na dwudziestu chorych, leczonych **gonosanem**, w jednym przypadku ostrej rzeżączki otrzymał wyleczenie przy samem tylko podawaniu gonosanu, w innych przypadkach zauważył, że wydzielina rzeżączkowa w krótkim czasie staje się skąpą i przechodzi z ropnej w śluzową, a ilość gonokoków bardzo prędko się zmniejsza. *Stopczański.*

Jothion. Firma „F. Bayer i Ska" w Elberfeld wprowadziła niedawno w handel apteczny nowy przetwór jodu, noszący tę nazwę. Jest to ciecz oleista, barwy żółtawej, zawierająca 70 prc. jodu, w wodzie trudno rozpuszczalna, łatwiej w oliwie i glicerynie. Jothion, zastosowany zewnętrznie, ulega łatwo i w znacznej ilości przez skórę wessaniu, około 50 prc. dostaje się tą drogą do ustroju, jak wykazały liczne doświadczenia Wesenberga (*Therapeutische Monatshefte*, 1905, kwiecień). Przy leczeniu kiły późnej pędzlowaniami czystym jothionem otrzymał Lipschütz (*Wiener med. Wochenschrift*, Nr. 28) bardzo pomyślne wyniki i w żadnym przypadku, leczonym w ten sposób, nie zauważył objawów ubocznego działania jodu. To samo stwierdzili C. Ravasini i U. Hirsch (*Archiv für Dermatolog.*) stosując z bardzo dobrym skutkiem jothion w maści lanolino-wazelinowej przy leczeniu rozpadających się kilaków i zapaleniu rzeżączkowem przyjądrza. *Stopczański.*

Mydła kresolowe, dotychczas używane, miały dwie wady: niewygodną postać płynu, i co ważniejsza, zmienny skład, a stąd i zmienne działanie, nie dające się z góry oznaczyć. Obecnie wytworzyła fabryka Bayera w Elberfeld nowe połączenie kresolowe podwójne, o składzie

$$3C_6H_4 \langle {OH \atop CH_3} + C_6H_4 \langle {OK \atop CH_3},$$

zawierające 91·9% metakrezolu, który jest najmniej trujący i najsilniej przeciwgnilnym wśród krezolów. 80 części tego związku z 20 częściami stałego mydła tworzy przetwór, znajdujący się w handlu pod nazwą

metakalin, a zawierający 73·5% metakresolu. Według badań Wesenberga (*Centralbl. f. Bacter.*, 1905) działa 0·5% roczyn metakalinu znacznie silniej od 0·5% rozczynu lysolu i nizolysolu na bakterye, znacznie zaś mniej od nich drażni skórę. Ten 0·5% rozczyn metakalinu zabija gronkowce i prątki durowe już po 2½ minutach, a paciorkowce po pięciu minutach. *B.*

Isopral przez skórę próbował stosować u 38 chorych Foerster w klinice psychiatrycznej w Bonn (*Münchener med. Wochs.*, 1905, 20). Najpraktyczniejszy jest rozczyn: *Ol. Ricini, Alc. absol.* āā 10·0, *Isopral* 30·0, którego odmierzoną ilość (zawierającą 1—5·0 isopralu) wciera się niezbyt długo w przedramię lub w udo, pokrywając miejsce wtarcia natychmiast gutaperkowym płatkiem, którego nie zdejmuje się przed upływem 1—1½ godzin. Zadrażnienia skóry, ani żadnych skutków ubocznych F. nie zauważył. Skutek nasenny nastąpił w ⅓ przypadków (sen 4—7 godzinny), w dalszej ¼ skutek był niepewny, u reszty chorych skutku nie było. *B.*

VI. Lekarze krakowskiej kapituły katedralnej.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Ciąg dalszy).

W r. 1488 ubiega się o kanonię przy kapitule krakowskiej Jakób z Boksyc syn Piotra[48]) (de Boxicze, Boxiczye, Boczxycze, Boxijcza, zwany zwykle Bokszycą, „magister artium", profesor medycyny i teologii przy uniwersytecie krakowskim[49]), dziekan wydziału filozoficznego i prokurator uniwersytetu, kanonik przy kościele św. Floryana (od roku 1474)[50]) przy pomocy upełnomocnionego prokuratora swojego Jana Bosławskiego, kustosza wiślickiego i kanonika krakowskiego. Kanonicy kapituły, pośród których się znajdował i Stanko, dokonali jego wyboru, lecz chwilowo nie nadali mu kanonii, przyrzekając mu jedynie nadać najbliższą kanonię, która się tylko w przyszłości opróżni. („Venerabilem dominum Jacobum de Boziczye can. gnesnensem ... in canonicum eccl. cathedr. crac. creatum sub expectatione susceperunt, receperunt, admiserunt et induxerunt in forma consueta ac stallum in choro... vocemque in capitulo.... cum possesione futurae praebendae vacaturae assignauerunt....[51]). Do spełnienia tego przyrzeczenia nie przyszło. Więcej szczęścia miał Bokszyca w kapitule gnieźnieńskiej i poznańskiej. Najwcześniej osiągnął kanonikat doktorski w pierwszej, jakkolwiek go Gąsiorowski wcale nie wymienia pomiędzy kanonikami lekarzami gnieźnieńskimi[52]). Jako czas, w którym został lekarzem kapituły gnieźnieńskiej, podaje Kośmiński[53]) rok 1478, gdy Muczkowski[54]), wymieniając go pod r. 1462, dodaje obok nazwiska słowa: „canon. Gnesnen. et S. Floriani". Kanonię poznańską nadano mu wtedy, kiedy krakowskiej osiągnąć nie mógł, t. j. w r. 1488[55]).

Najbliższym lekarzem, którego członkowie kapituły powołali do swojego grona, był magister Stanisław Selig, znany także pod nazwą Stanisława z Krakowa (Stanislaus Selig, Zelig, Zelyg, Selik, Selyk, Seligk), krakowianin, rektor szkół przy kościele Bożego Ciała na Kazimierzu, senior bursy Jeruzalem, którego w roku 1482 Jan z Reguł promował na bakałarza medycyny[56]). Gąsiorowski nie wspomina o nim wcale, a Kośmiński[57]), Oettinger[58]), Morawski[59]) podają o nim jedynie, że był bakałarzem medycyny i dziekanem wydziału filozoficznego, nie wiedząc bynajmniej, że był i kanonikiem krakowskim. Z powodu braku aktów kapitulnych z odpowiednich lat, które, — jak powyżej wspomnieliśmy, — zaginęły, nie jesteśmy w stanie podać faktów z lat 1492 aż do 1500, odnoszących się do jego osoby. Jedynie w aktach episkopalnych czytamy o nim pod r. 1493 „ven. Stanislaus Selig de Cracovia Dr. medic. archidiaconus unieoviensis[60]), z czego wynika, że wtedy jeszcze nie był kanonikiem krakowskim. W roku 1501 tytułują go już akta kapitulne kanonikiem kanonii i probendy krzesławickiej, co wskazuje na to, że już poprzednio doszedł do tej godności i że błędnem jest twierdzenie Łętowskiego[61]), jakoby Selig dopiero w r. 1507 został kanonikiem. W tymże roku uczyniono go prowizorem domu kanoników, gdy z niego zrezygnował Mikołaj Krzycki, a w następnym roku nadano mu wieś Wolę, z której już w roku 1503 zrezygnował na rzecz Mikołaja Łąckiego (Lanczki), by w r. 1504 samomu objąć Węgrzyce. W roku 1506 uwolniła go kapituła, w uznaniu ofiar, poniesionych około odbudowania domu kanoników, od opłaty rocznej, w wysokości 20 grzywien, do której na mocy statutu był obowiązany. Na dwa lata przed śmiercią odebrano Seligowi Węgrzyce, nadając mu w zamian za nie Brzezie, które wkrótce potem zamienił na Rudawę[62]).

Umarł r. 1512, a kapituła nadała opróżnioną z powodu jego śmierci prebendę krzesławicką kanonikowi Piotrowi Siennickiemu (Syennyczki), wieś Rudawę kustoszowi Maciejowi Gallowi de Indra, a dom kanoników Maciejowi Raciąż (Racziasch).

Te same powody, które nie pozwoliły na oznaczenie roku objęcia kanonii przez Seliga, są przyczyną, że nie możemy powiedzieć, kiedy współczesnego jemu Macieja Grodzickiego, (Mathias Grodziczki, Grodzyczki, Grodzyczky, Grodziczky), na kanonię lekarską powołano. Urodzony w Poznaniu w r. 1458, osiągnął w 20 lat później na uniwersytecie krakowskim pierwszy stopień nauk wyzwolonych[63]), a następnie w Rzymie stopień doktora filozofi i medycyny[64]), roku 1495 został kanonikiem poznańskim, w 1498 otrzymał pierwszą kanonię gnieźnieńską, w następnym roku drugą tamże, a jeszcze przed rokiem 1505 został kanonikiem krakowskim, otrzymując kanonię i prebendę dojazdowską, a potem wieś Gorlice, z której w r. 1505 zrezygnował, otrzymując w zamian za nią od kapituły wieś Wąsów, gdy z niej zrezygnował kanonik Andrzej Rapsztyński. Obok kanonii wraz z dochodami nadano mu i prowizyę domu kanoników. W r. 1507 wybrali członkowie kapituły Grodzickiego swoim generalnym prokuratorem; w roku 1508 i 1509 pełnił urząd „collectoris contributionis", a w roku 1510 nadano mu wieś Grębałów. Posiadanie tak licznych kanonii pociągało za sobą z konieczności częste i dłuższe wyjazdy (jak n. p. w roku 1509) tak, że czynności jego prokuratorskie musiały na tem ucierpieć, a kapituła w uznaniu tego obrała w r. 1509 swoim prokuratorem kustosza katedralnego Bernarda Galla. Na dwa lata przed śmiercią ustanowił Grodzicki w r. 1515 anniwersarz dla siebie. Umarł w Krakowie r. 1517, mianując egzekutorami testamentu Tomasza Rożnowskiego i bratanka swojego Andrzeja Grodzickiego, kanonika poznańskiego, którzy stosownie do życzenia testatora złożyli wobec zebranej kapituły srebrny obraz Matki Boskiej, zapisany dla kościoła katedralnego; sumę 10 flor. „pro campana" i takąż sumę „pro campanili aedificando". Kanonię dojazdowską otrzymał po śmierci Grodzickiego kantor Bernard Wapowski, a prowizorem domu kanoników uczyniono Piotra Konarskiego (Petrus de Conary), a wieś Grębałów kantor Bernard Wapowski[65]).

W cztery lata po powołaniu na kanonię Grodzickiego, t. j. w r. 1509, prałaci i kanonicy, zebrani w kapitule katedralnej, nadali kanonię i prebendę, opróżnioną przez śmierć kanonika Andrzeja Rapsztyńskiego z Tenczyna, doktorowi medycyny i filozofii Leonardowi Pieczychowskiemu[66]), synowi Pawła herbu Gozdawa i Anny „de Dymytrowice de armis Korab", lekarzowi króla Zygmunta I[67]), pod warunkiem złożenia przez niego kwoty

[48]) Oettinger: Rys dawnych dziejów itd. str. 87.
[49]) Wisłocki: Acta rectoralia p. 7. §. 34 et. p. 65. §. 291.
[50]) Acta episcopalia Cracoviensia. vol. III. — Majer: Wiadomości z życia prof. str. 16.
[51]) Acta actorum. vol. II. fol. 193.
[52]) Gąsiorowski: Rozprawa wyświecająca hist. kan. doktora medycyny. Tenże: Zbiór wiadomości. T. I. str. 99.
[53]) Słownik.
[54]) Statuta nec non liber promotionum.
[55]) Gąsiorowski: Hist. kan. doktora med. str. 317.
[56]) Wisłocki: Acta rectoralia. p. 184. §. 863.
[57]) Słownik.
[58]) Rys dawnych dziejów itd. str. 78.
[59]) Morawski: Historya Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków. 1900. T. II. str. 176—177 i 195—196.
[60]) Acta episcopalia Cracov. vol. IV.
[61]) Katalog. T. IV. str. 311.
[62]) Acta actorum: vol. II.
[63]) Muczkowski: Statuta nec non liber promotionum. p. 85.
[64]) Starowolski: Monumenta. str. 34. — Gąsiorowski: Zbiór wiadomości. T. I. str. 115. — Łętowski: Katalog. T. III str. 44. — Oettinger: Rys dawnych dziejów itd. str. 91. — Kośmiński: Słownik. — Korytkowski: Prałaci i kanonicy. T. II. str. 141 i 142. — Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne w „Pam. Tow. lek. warsz.".
[65]) Acta actorum: vol. II.
[66]) Gąsiorowski: Zbiór wiadomości itd. T. I. str. 116. — A. Grabowski: Starożytnicze wiadomości o Krakowie. Kraków, 1852. str. 223. — Oettingor: Rys dawnych dziejów itd. str. 93.— Morawski: Hist. Uniw. Jag. T. II. str. 251.
[67]) Oryginalny dekret nominacyi Pieczychowskiego lekarzem królewskim, a wyznaczający mu rocznie 200 fl. na żupach kra-

14 marków „pro cappalibus et aliis iuribus ecclesiae in manus domini procuratoris". Zdaje się, że temu warunkowi Pieczychowski zadość uczynił, bo go wkrótce po wyborze spotykamy na kapitule tak, że niesłusznie twierdzi Łętowski[68], gdy powiada, że nazwisko Pieczychowskiego napotykamy dopiero pod r. 1516, a ks. S. Ch.[69]), że Łętowski wogóle o Pieczychowskim nie wspomina. Zdaje się, że Pieczychowski nie otrzymał obok prebendy swojej żadnych dóbr kapitulnych, lecz czyniono go po koloi prowizorem całego szeregu domów kanoników. I tak oddano mu w r. 1510 prowizyę domu, w którym mieszkał Jan z Oświęcima, w r. 1512 dom, który aż do owego czasu miał Maciej z Raciąż, a w r. 1515 dom, opróżniony z powodu śmierci kanonika Galla, gdy Pieczychowskiego dom objął Andrzej Krzycki.

W r. 1511 powołano Pieczychowskiego do kapituły wrocławskiej, gdy się tam opróżniła kanonia po Piotrze Tomickim, wobec czego przeniósł się do Włocławka, nie rezygnując jednakowoż bynajmniej z kanonii krakowskiej. W rok później padł znowu na niego wybór na kanonika poznańskiego[70]), gdy się tam opróżniła kanonia z powodu rezygnacyi Andrzeja Krzyckiego. Do Poznania nie przeniósł się jednakowoż, ustanawiając tam jedynie opłacanego przez siebie zastępcę. Już w r. 1514 zrezygnował Pieczychowski z kanonii włocławskiej, lecz kapituła wybrała go jeszcze tego samego roku ponownie kanonikiem. Umarł z końcem roku 1516 lub też najpóźniej w pierwszych dniach stycznia r. 1517, a nie, — jak Gąsiorowski[71]) twierdzi, a za nim powtarza Kośmiński[72]) — w r. 1518, gdyż kapituła włocławska nadała opróżnioną po nim kanonię już 6-go stycznia r. 1517 Wawrzyńcowi Brzeskiemu. Tego samego dowodzą akta kapituły krakowskiej, gdzie czytamy pod 8-mym stycznia r. 1517 jak następuje: „Venerabilem dominum Petrum Conarsky canonicum cracoviensem ad praebendam et canonicatum *per mortem et obitum olim ven. Leonardy Pyeczychowsky* medicinae doctoris, ipsius immediati possessoris vacantem, venerabiles domini.... receperunt[73])". Dom zaś kanoników po Pieczychowskim otrzymał Jan Chojeński[74]). (C. d. n.)

---

kowskich i dwa futra, znajduje się obecnie w zbiorach Bolesława Rusieckiego w Wilnie. Jestto dokument pergaminowy, noszący na sobie ślady po pieczęci pod formą nacięć, w 6 miejscach nacięty (anihilowany). Pierwotnie należał do archiwum koronnego na zamku krakowskim (Palatinatus Crac. Nr. 247), a nieogłoszony jeszcze dotychczas drukiem, brzmi, jak następuje:

„Sigismundus Dei gratia Rex Polonie Magnus Dux Lytuanie Russie Prussieque etc. dominus et heres. Significamus tenore presencium Vniuersis Quia Venerabilem et Egregium Leonardum Pyeczychovsky Medicine Doctorem Canonicum Cracoviensem pro Phisico nostro accipiens, sibi salarium anuum Ducentorum florenorum per mediam Sexagenam computando in Zuppis nostris Cracoviensibus ad singula anni Quatuortempora per quinquaginta florenos soluuntur, et duas item Vestes Pelliceam Videlicet Mardurinam et aliam Vestem de Axamento singulis annis assignauimus, per ipsum Doctorem Pyeczychovsky predictos Ducentos florenos, modo supradicto, hoc est ad singula Quatuortempora Anni cuiuslibet futuri Quinquaginta florenos cum supradictis Vestibus, interim percipiendis donec seruinerit nobis, alias ad beneplacitum nostrum Quocirca tibi Magnifico Andree de Koszczyelecz Castellano Wysliceusi et Zuppario nostro Craconiensi, alysque Zuppariis pro tempore existentibus Committimus et Mandamus, ut de predicto Salario Ducentorum florenorum, ita ut dictum est supra, successiue, et de duabus Vestibus semel in Anno eidem Leonardo Pyeczychowsky respondeatis, et responderi faciatis cum effectu. Quittanciasque ab eo de perceptis recipiatis, sub titulo et Sigillo eius quas a uobis in racione ac si nostre proprie esset suscipiemus Harum quibus Sigillum nostrum est subappensum testimonio litterarum Datum Pyothrkovie feria secunda festi Pasche Anno domini Millesimo Quingentesimo nono Regni uero nostri anno tercio. — Mathias Drzewicki Episcopus et Vicecancellarius subscripsit. — J. V. Salarium 200 florenorum et duae Vestes quotannis Leonardo Medico in zuppis Bochnensibus assignatur per Regem Sigismundum Regem (sic!)

68) Katalog. T. III. str. 444.

69) Medycy kapituły wrocławskiej w Kwartalniku teologicznym. T. I. str. L.

70) Gąsiorowski: Historya kanonikatu doktora medycyny. str. 138.

71) l. c.

72) Słownik.

73) Acta actorum. vol. II. fol. 309.

74) Ibidem.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 13 lipca.

* Dnia 7 b. m. zakończył życie w Wiedniu prof. dr. Herman Nothnagel, głośnego imienia klinicysta i autor. Wczesne względnie zwapnienie tętnic, bo zmarły liczył zaledwo 64-ty rok, a już od trzech lat bardzo cierpiał na zaburzenia w krążeniu, położyło kres jego zasłużonemu życiu Jeśli Nothnagel, jako badacz i pisarz, należał do ludzi wybranych, to przyznać należy, że szczytem jego zasługi będzie na zawsze praca nauczycielska, którą tak sumiennie i tak długi szereg lat wykonywał z wielkiem powodzeniem, jak to świadczą imiona następujących jego uczniów: Wernicke, Rosenbach, Jaksch, Lorenz, Frankl v. Hochwart, Gottlieb, Meyer, Lode, Schlesinger, Hochenegg, Mannaberg, Pick, Obermayer i tylu innych, którzy pierwszorzędne piastują stanowiska w Austryi i Niemczech. Pogrzeb odbył się 9 b. m. Nad grobem przemawiali: dziekan Rosenstein, profesorowie: Chrobak, Leyden, Schrötter, Jaksch i inni.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 5 lipca posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: prof. dr. Jaworski i dr. Latkowski przedstawili chorych; kol. prof. Ciechanowski okazał preparaty anatomopatologiczne, w związku z czem dr. Fromer przedstawił chorego; kol. doc. Krzyształowicz i prof. Siedlecki przedstawili preparaty drobnowidowe ze zmian kiłowych, zawierające krętka bladego (*spirochaete pallida* Schaudin).

* D. 6-go b. m. wniósł rząd w Izbie posłów przedłożenie w sprawie wykonywania techniki dentystycznej. Rząd na przyszłość uważać będzie wszelkie zabiegi dentystyczne za czynność lekarską, wchodzącą w zakres działalności lekarza dyplomowanego. Obecnym technikom dentystycznym, którzy mocą koncesyi przemysłowej posiadają upoważnienie do wykonywania technicznych prac dentystycznych, daną będzie możność przez złożenie egzaminu nabycia prawa do wykonywania pomniejszych przygotowawczych zabiegów w zakresie dentystyki. To samo uprawnienie w związku z koncesyą, a po złożeniu wzmiankowanego egzaminu, może być przyznane tym pomocnikom dentystycznym, którzy w chwili wejścia w życie projektowanej ustawy uzyskali już kwalifikacyę do samoistnego wykonywania techniki dentystycznej. Po upływie wynikającego z tych postanowień okresu przejściowego technika dentystyczna nie będzie już nadal przedmiotem przemysłu, lecz wejdzie w zakres sztuki lekarskiej.

* Międzynarodowy Kongres „Kropli mleka" odbędzie się w Paryżu 20 i 21 października 1905 r. Na czele Komitetu organizacyjnego stanęli dr. Variot i dr. Dufour (prezesi), oraz kilka innych osobistości, należących do założycieli tyle pożytecznej instytucyi „Goutte de lait". Sekretaryat objęli: Roger (Paris, rue de Berry. 39), który jest jednocześnie i skarbnikiem, oraz dr. Grasset (Tours, rue de Clocheville, 20). Wpisowe wynosi 20 franków. Zgłoszenie się i wpisowe należy adresować do jednego z wyżej wymienionych sekretarzy. Komitet czyni starania w celu uzyskania dla biorących udział w Kongresie zniżki ceny jazdy na kolejach. Po skończonym Kongresie, dnia 22 października, odbędzie się zwiedzanie stowarzyszeń „Kropli mleka" w Normandyi. W tymże czasie odbywać się będą w Paryżu międzynarodowe zgromadzenia producentów mleczarstwa. W Kongresie „Kropli mleka" wezmą udział: filantropi, uczeni, lekarze, jakoteż technicy w zakresie mleczarstwa.

* W wielkiej sali Trocadero miał wykład dr. Charcot, syn ś. p. znakomitego profesora paryskiego, o swojej podróży do bieguna południowego. Paryżanie nadali tej prelekcyi charakter uroczysty, a prezydent Izby deputowanych powitał śmiałego podróżnika, podnosząc znaczenie tej ekspedycyi dla geografii i przyrodoznawstwa.

* Prof. Wollenberg z Tybingi posiada najwięcej widoków do objęcia katedry, opróżnionej przez śmierć Wernickego.

* W życiorysie ś. p. prof Mikulicza, ogłoszonym w Nr. 27 „Münch. med. Wochenschrift" przez dr Sauerbrucha, czytamy, że „Mikulicz nie władał polskim językiem, więc otrzymał pozwolenie wykładania po niemiecku do czasu przyswojenia sobie mowy polskiej". Wiadomość ta jest fałszywa: Mikulicz nie władał biegle polskim językiem, znał go jednak na tyle, że od pierwszej chwili wykładał po polsku i nigdy w audytoryum nie potrzebował posługiwać się niemczyzną.

* Profesor anatomii w Gradcu, dr. Holl, wybrany został na rektora tamtejszego Uniwersytetu.

* Między 18 a 24 czerwca doniesiono władzy o nowych dwóch

przypadkach ospy w Galicyi, mianowicie 1w Tarnowie i 1 w powiecie jarosławskim. W tymże czasie doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (2 gm.), buczackim, cieszanowskim, horodeńskim, grodeckim (po 1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (4 gm.), liskim (2 gm.), lwowskim, mościskim (po 2 gm.), nadwórniańskim, rawskim (po 2 gm.), sanockim, stanisławoskim, staro-samborskim (po 1 gm.), stryjskim (6 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim, turczańskim, zaleszczyckim, zborowskim (po 2 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. dr. Walter Scholtz, b. asystent prof. Neissera w Wrocławiu, mianowany został profesorem i kierownikiem kliniki dermatologicznej w Królewcu. Dr. Neufeld asystent w Instytucie chorób zakaźnych otrzymał tytuł profesora w Berlinie.

Nekrologia. Dr. Schech, prof. laryngologii, l. 60, zmarł w Monachium. Dr. Thorburn, b. profesor terapii i farmakologii, zmarł w Toronto.

Bibliografia:

— *Przegląd chirurgiczny* Z. IV. Tom V. Bogdanik: Skręt sznurka nasiennego. Dobrucki i Majewski: Przyczynek do chirurgii uwięźnięć wewnętrznych.

— *Gazeta lekarska* Nr. 25. Pruszyński: O zapaleniu opon mózgowordzeniowem nagminnem. Saks: Przypadek samodzielnego pęknięcia macicy u rodzącej przy czaszkowem położeniu płodu. Wretowski: Przyczynek do kazuistyki kataru siennego (dok.).

— *Zdrowie* Z. 7 Wernic· O epidemiach cholery ubiegłych i ostatniej z r. 1904. Palmirski: O cholerze ze stanowiska bakteryologii, biologii i higieny publicznej. Żurakowski: O odkażaniu w razie cholery. Białobrzeski: O kamerach desinfekcyjnych. Rakiewicz: Opis baraku dla 30 chorych zaraźliwych. Tolwiński: Wpływ elementów meteorologicznych na rozwój cholery.

— *Krytyka lekarska* Z. 7. Kramsztyk: Abstynencya. Wrzosek: Materyały do życiorysu Jędrzeja Śniadeckiego (c. d.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 11. zawiera: Narządy rodne kobiece i ich funkcye (c. d.). — Kilka słów o obrzęku białym bolesnym.

— *Medycyna* Nr. 26. Trzciński: Zapobieganie sprawom parasyfilitycznym. Bregman: Przyczynek do leczenia operacyjnego nowotworów rdzenia (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 7. Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.). Bier: Ujemne strony higieniczne targu mlecznego w miastach większych i środki zaradcze przeciw nim (dok.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 7 zawiera: Kolonia letnia dla dzieci skrofulicznych w Połądze. — Przyszłość Krynicy· — Czego nie należy robić w czasie leczenia zdrojowego i kąpielowego.

— *Sbornik klinický* Č. 6. Pelnař: Orthostatická albuminurie.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 27. Vařbuchty: O jednostranne neschopnosti naučiti se čísti a psáti při dobré paměti. Švehla: O nových příznacich poruch sliznice konečniku, zejména o trhlinkach řitnich s příznaky koxitickými (dok.). Kimla: Latentni hypoplasie vrozené složitých orgánů žlazových při vrozené příjici (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 51. Antoniu: Torbiele bąblowca w kościach czaszki. Keim: Leczenie wywołujące ronienie (cukier i chinina).

— Nr. 52. Jonnesco i Grossman: Skurcz odźwiernika z nadmiernem wydzielaniem się i tężyczką. Studyum kliniczne i doświadczalne.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 27. Bumm: Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnicy porodowej. Budin: Ujście pochwowe a pochwica. Werth: Rozerwanie się starej blizny po cięciu cesarskiem przy następnej ciąży. Winter: Mięśniak a okres przekwitania. Küstner: Trudności sądowolekarskiego orzeczenia przy pozostaniu części popłodowych. Hofmeier: Przyczynek do patologii ciąży zamacicznej. Pfannenstiel: Jak dojść do najlepszych wyników przy leczeniu raka macicy drogą operacyjną? Veit: Białkomocz podczas ciąży i sztuczne spędzenie płodu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 27. Ludwig: Pierwotne złośliwe zwyrodnienie torbielowatego płodziaka w jajniku. Eisler: O antyhemolizynie. Nešpor: Przyczynek do etyologii i leczenia rozsianego stwardnienia. Bickel: Uwagi nad artykułem dr. Engstlera: „O odruchu podeszwowym i o objawie Babińskiego u 1000 dzieci w pierwszym roku życia“.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 27. Sahli: Uproszczenie butyrometrycznej metody badania żołądka i jego znaczenie dla praktyki lekarza. Kiolemenoglou i Cube: Krętek blady (Schaudinn a kiła. Rössle: Chemiczna indywidualność komórki płodowej. Bittolrf: Przyczynek do nauki o niedowładzie zawodowym. Weyl: Czy lyzoform jest trujący? Naab: Nieco o panującej w Mezopotamii chorobie, zwanej „Jahresbeule“. Reiche: Bacillus phlegmon. emphysemat.“ u chorego na dur. Wiener: Przypadek donoszonej ciąży zamacicznej z licznemi zmianami u płodu.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 27. Lassar: Leczenie wyprysku. Boas: Rozpoznanie i leczenie zapalenia okątniczego. Gauss: Zapalenie okątnicze a ciąża. Werner: Miejscowe uczulenie i uodpornienie tkanki przeciw działaniu radu. Maximow: Wielki zwieszający się tłuszczak prawej większej wargi sromowej.

Redakcya otrzymała. Spira: Bericht über die Thätigkeit des rhinootiatrischen Ambulatoriums des israelitischen Spitales in Krakau in der Zeit vom 1—I bis zum 31—XII 1904. Wal. Jaworski: Ueber die Behandlung mit Normalwässern.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 27 (od dnia 2/VII do 8/VII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 19, dziew. 27; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 18, kob. 15; zamiejscowych: męż. 14, kob. 12.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 1, obcych —. 2) gruźlica: miej. 10, ob. 5. 8) zapalenie płuc: miej. 1, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 12, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. 1. 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. 2. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. 1. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 5, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 2. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. —. **Razem:** miejscowych 33, obcych 26.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Duotal

Duotal „Heyden“, zupełnie bezwonny i bez smaku przetwór gwajakolu, zawiera przeszło 90% związanego, w ustroju uwalniającego się, przeto działającego gwajakolu, przeto jeszcze raz więcej, niż wszystkie inne na wzór duotalu wytworzone środki. Nie nadżera; nietrujący; najwraźliwsi chorzy znoszą go dobrze i chętnie zażywają. Wyborny lek w **gruźlicy płuc** i **przewlekłych nieżytach narządów oddechowych. Odkaża jelita** w **durze** i **nieżycie jelit.**

Salit

Płynny związek salicylu. Tanie, szybko skuteczne **wcieranie** we wszelakich cierpieniach **gośćcowych** (pół-na-pół z oliwą). Jest bezwonny. **Z zewnętrznych** leków salicylowych **najmniej drażni** skórę, bo nie zawiera formaldehydu. Nie działa ubocznie na żołądek, serce, nerki.

Salocreol

Płynny, łączy w sobie działanie salicylu i kreozotu. Do pędzlowania w **róży twarzy, zapaleniu gruczołów limfatycznych** i **zołzowem ich obrzmieniu.**

Próbki i piśmiennictwo rozsyła: 2 d

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Drezno.

1902. Vyškov. Srebrny medal wystawy. Vyškov, 1902.

Linimentum Mentholi Chloroformiatum

compos. (Lin. mentholi chlorof. comp. aptekarza Fr. Sedláčka).

Mag. farm. Franciszka Sedláčka, aptekarza w Kyjove (Gaya) na Morawach, odpowiada swym składem i ceną zupełnie wymaganiom ustawy, a jest znakomitym środkiem w **gośćcu, dnie**, gośćcu mięśniowym, w bolesnych cierpieniach narządu słuchowego, w nerwowych bolach głowy i gośćcowym bolu zębów, przeciw zwiotczeniu mięśni po wytężającej pracy, długich pochodach i wycieńczających chorobach, w bolesnych cierpieniach nerwów na tle kiłowem. W chorobach żołądkowych i kobiecych oddaje linimentum jako wcierania w związku z okładami Priessnitzowskimi znakomite usługi.

Linimentum mentholi chlorof. comp. jest prawnie zabezpieczone od naśladowań znakiem ochronnym, obok podanym i zaregestrowaną nakrywką flaszek. Należy żądać i zapisywać zawsze wyraźnie **Linim. menth. chloroform.** compos. orig. Fr. Sedláčka. 155

Skład główny dla Austro-Węgier prócz Czech, Moraw i Śląska **Bruno Raabe**, Wiedeń V/1, handel leków i chemikaliów en gros, Wehrgasse 16; dla Czech, Moraw i Śląska **Milde & Rössler**, handel leków i chemikaliów en gros w Pradze.

Ceny: Wielka flaszka K. 2·40, mała K. 1·20. — Zamówienia pocztą wysyła się natychmiast. Mniej niż 2 flaszki nie wysyła się.

— Lekarze, utrzymujący aptekę domową, otrzymują 30% opustu. —

MEDAL ZŁOTY NA WYSTAWIE W PRADZE 1896.

I. KRAJOWA FABRYKA OPATRUNKÓW CHIKURGICZNYCH

pod kontrolą Komisyi przemysłowej krak. Tow. lekarskiego

M. L. DOBROWOLSKIEGO w Podgórzu

POLECA:

Watę Brunsa, watę szpitalną, watę drzewną, watę celulozową, watę białą klejoną w rulonach, włókno drzewne, batyst Billrotha, jedwab i katgut surowe lub preparowane, fil de Florence, kalikot biały i szary, organtynę białą odtłuszczoną i szarą. — Opaski, gazy impregnowano i inne opatrunki używane. — Plastry smarowane własnego wyrobu i amerykańskie. — Pastylki sublimatowe Prof. Obalińskiego.

Dyplom honorowy jako najwyższe uznanie za wyrób opatrunków, Lwów, 1888.

Jedyna Fabryka w kraju, posiadająca własną karderyę parową waty

Laboratoryum parowe. — Oświetlenie elektryczne.

NB. **5% od czystego zysku w roku bieżącym przeznaczam na fundusz wdów i sierot po lekarzach.** 170

Polecone przez Swietne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu

APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku.

Dwie flaszki wysyłam franco.

„HYGEA“ CHEM.-FARM. LABORATORYUM M. ZAHRADNIK, APTEKARZ, ZŁOCZÓW.

Kapsułki lecznicze „HYGEA“

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie **za najlepsze i najtańsze**

w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt., oznaczonych stałemi cenami, napełniane: bals. kopaiwowym, kreosotalem („Heyden“), duotalem („Heyden“), kreosotem, gonorolem, gwajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, libanolem, mentolem, morrhuolem, olejem rycynowym, olejkiem santałowym, terpentynowym, terpinolem, tranem, wyciągiem paproci, granatu i szaruchą i w. innymi lekami.

UWAGA: Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawco wyrobów, upraszam dodawać na receptach: **„fabr. ZAHRADNIK in scat. orig“.**

Dziurkowane pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK“.

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniość.**

Powtórne orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej: „Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem M. ZAHRADNIKA, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinny powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej“.

Proszę przepisywać i żądać tylko: 152

Pastilli Sublimati perforati „ZAHRADNIK“.

Piśmiennictwo i próbki na żądanie.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr. **Jekels**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr. **Brodzki Jan.**

Iwonicz.
Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr. **Riedmüller B.**, b. asyst. klin. chir. Uniw. Jag., lekarz oddziału dermatol. szpit. św. Łazarza w Krakowie.
Dr. **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag., lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr. **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski**, kierownik i właściciel.

Krynica.
Dr. **Aronsohn Julian**, („Krakus").
Dr. **Askenazy Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr. **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem").
Dr. **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „Pod Kosynierem").
Dr. **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem").
Dr. **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka").

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr. **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).
Dr. **Jasiński Stanisław**, lekarz zakładowy.

Rabka.
Dr. **Cholewicz F.**
Dr. **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr. **Bielecki Ignacy**, lek. okr.
Dr. **Regiec Jan.**
Dr. **Wajgiel Eugeniusz**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr. **Gorski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Hammerschlag Rudolf**, (dom „pod Attylą").
Dr. **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu na Miedziusiu.
Dr. **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr. **Żuliński Edward**, (Willa „Alma"), (zimą w **Meranie**).

Truskawiec.
Dr. **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr. **Pelczar Zenon.**
Dr. **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.
Dr. **Dłuski Kaz.**, Dyr. Sanat. dla piersiowo chorych (4—5 g.).
Dr. **Dłuska Bron.**, Sanatoryum (wtorek, czwartek, sobota 5—6 g.).

Żegiestów.
Dr. **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr. **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr. **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl").

Biarritz.
Dr. **Bohdanowicz A.**, (Villa Enia) (zimą **Nizza** 11. Boulv. Victor Hugo).

Cieplice trenczyńskie.
Dr. **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr. **Wobr**, lekarz zakł. (zimą **Lussinpiccolo**).

Franzensbad.
Dr. **Steinsberg**, („Goldener Brunnen").

Gleichenberg.
Dr. **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger" IV)

Wyspa **Grado** obok Tryestu.
(Kąpiele morskie, słoneczne i piaskowe).
Dr. **Oransz M.**, (Polak), specyalista chor. dzieci i ortopedyi.

Gries obok **Bozen** (Sezon: 1/IX—1/VI).
Dr. **Nazarkiewicz**, kierown. „Sanatoryum" i „Sonnenhofu".

Karlsbad.
Dr. **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar**, (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kostecki**, (zimą w **Abacyi**).
Dr. **Kropf Leon**, (Theatergasse, „Minerva") (przez cały rok).

Kissingen.
Dr. **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr. **Maciejewski J.**, („Villa Elsa"), ordynuje jak dawniej

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr. **Weissenberg**, (zimą w **Nervi**).

Marienbad.
Dr. **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried").
Dr. **Kaufmann Michał**, („Villa Lissa").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)
Dr. **Binder R.**, kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.
Dr. **Jankowski Fr.**

Wiesbaden.
Dr. **Simon Aleks.**, (z Warszawy), właściciel lecznicy fizyk.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT a/M.

EUCHININA,

chinina pozbawiona gorzkiego smaku działa tak samo jak chinina w gorączkach, grypie, durze, krztuścu, zimnicy i nerwobólach.

VALIDOL

silne, a jednak niedrażniące analepticum, antihystericum, antineurasthenicum i stomachicum; dobry środek w chorobie morskiej.

Validol. camphor.

Znakomity lek podniecający w ciężkich stanach wyczerpania, nadto niezbędny w praktyce dentystycznej.

Próbki i piśmiennictwo rozsyła się pp. lekarzom na żądanie darmo i opłatnie. 3. 1.

Prof. Dr. Ludomił Korczyński

ordynuje od 1 czerwca 194
w SZCZAWNICY

Cena w Warszawie: rocznie rb. 6 k — półrocznie „ 3 „ —

MEDYCYNA

Z przes. poczt. i zagranicą: rocznie rb. 7 k — półrocznie „ 3 „ 50

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYKÓW

wychodzi w Warszawie co sobotę w zwiększonym formacie i obejmuje: 1) Artykuły oryginalne ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej. 2) Spostrzeżenia z klinik i szpitali. 3) Kazuistykę lekarską. 4) Najważniejsze wiadomości z dziedziny hygieny współczesnej. 5) Streszczenia, przekłady lub wyciągi z pism zagranicznych. 6) Wykłady kliniczne. 7) Sprawozdania z kongresów naukowych. 8) Krytykę i bibliografię. 9) Kwestye zawodowe. 10) Drobniejsze wiadomości. 11) Nekrologi 12) Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne. 13) Wzmianki o dziełach nadesłanych do redakcyi. 14) Odpowiedzi od redakcyi. 15) Ogłoszenia i t. d.

Wydawca Dr. GURANOWSKI (Jasna 6). Redaktor Dr. med. SADOWSKI (Krak.-Przedm. Nr. 7). 103

Dr. KOSTECKI

ordynuje od 15 Maja jak co roku
w KARLSBADZIE
(zimą w Abbazyi). 190

Dr. Józef Zeitner

ordynuje jak zazwyczaj
w Franzensbadzie. 196

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa

poleca wyroby własne:





Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrwności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: original Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163/4.